衛　様式６

**衛生検査所登録証明書再交付申請書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 登録番号 |  | 登録年月日 |  |
|  |  ℡（　　　　）　　－ |
| 衛生検査所の所在地 | 〒　　　－ |
| 再交付申請の理由 |  |
| 備　　考 |  |

 上記により、登録証明書の再交付を申請します。

 令和　　　年　　　月　　　日

 住　所

　　　　　　　　　　 　　（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

 氏　名

　　　　　　　　　　 　（法人にあっては、名称及び代表者の職氏名）

尼崎市保健所長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　検収印

　　　　現金　８．２００円