様式第９号（第６条第９号関係）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| クリーニング所開設検査確認済証再交付願  年　　月　　日  　佐世保市保健所長　　　　　　様  営業者　住　所  TEL  氏　名 | | | |
|  | | 法人にあってはその名称、所在地及び代表者の氏名 |  |
| 次のとおりクリーニング所開設検査確認済証を紛失（毀損）しましたので、再交付してください。 | | | |
| クリーニング所の所在地 | 佐世保市  TEL | | |
| クリーニング所の名称 |  | | |
| 確認番号 |  | | |
| 添付書類  １　紛失の場合は、クリーニング所開設検査確認済証紛失届  ２　毀損の場合は、クリーニング所開設検査確認済証 | | | |