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 |