

回 議	令 和	年	月	日
担 当	課 長	G 長	課 僚	係

申請料： 3,210 円

第4号様式（第6条関係）

令和 年 月 日

（あて先）浜松市保健所長

住所（所在地）

申請者

氏名（名称及び代表者氏名）

ふぐ営業所登録済証再交付申請書

ふぐ営業所登録済証を滅失・亡失・損傷したので、静岡県ふぐの取扱い等に関する条例第12条第6項の規定により次のとおり再交付を申請します。

登録済証番号	第 号	登録年月日	年 月 日
滅失・亡失・損傷した年月日			
再交付を申請する理由			

【保健所記入欄】

連絡先 TEL (- -)