

様式第4号

クリーニング所検査確認証紛失届

年 月 日

仙台市保健所長 あて

住所

(法人にあつては主たる事務所の所在地)

電話

氏名

(法人にあつては名称及び代表者の氏名)

下記の理由によりクリーニング所検査確認証を紛失しましたので、届け出ます。

記

1 営業所の名称

2 営業所の所在地

3 クリーニング所検査確認証交付年月日

4 紛失した理由