

## 登録証明再交付申請書

登録番号	第	号	登録年月日	年	月	日
衛生検査所の名称						
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。

月 日

住所 (法人にあっては、主たる事務所の所在地)  
〒 - TEL ( ) -

氏名 (法人にあっては、法人名及び代表者名)

熊本市保健所長 様

所長	課長	副課長	主幹	主査	班員	起案 年 月 日 本申請について、登録証明書を 交付してよろしいか。
受領印		受付印		決裁印		再交付年月日
手数料¥8,200						年 月 日
						指令番号
						指令(医政)第 号