様式第６号

**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 |