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 |