様式第５号

登録証明書再交付願

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 年　　　月　　　日

　（あて先）千葉市保健所長

住　　所

（連絡先電話番号）

（連絡先ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ）　　　　　　　 ＠

氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　（※）

法人にあっては、その名称、主たる事務所の所在地及び

代表者の氏名

（※）記名押印又は本人（代表者）が署名してください。

ただし、押印又は署名以外の方法により本人（代表者）

からの申請であることを確認できる場合は記名のみで可。

建築物における衛生的環境の確保に関する法律第１２条の２第１項の規定による登録を受けた下記の施設について、登録証明書の再交付を願い出ます。

記

１　登録区分

２　登録番号　　　 　　千葉市　　　　第　　　　　号

３　営業所の名称

　　営業所の所在地　　 千葉市　　　　区

４　理　　由　（該当する項目番号を○で囲む）

1. 紛失
2. き損又は汚損

添付書類

　登録証明書をき損し、又は汚損したときは、当該登録証明書