

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)

(連絡先メールアドレス)

@

氏 名

(※)

法人にあつては、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