

決裁区分	課長	係長	係
課			

起案 平成 年 月 日
決裁 平成 年 月 日

再交付してよろしいか伺います。

確 認 証 再 交 付 願

年 月 日

(あて先) 札幌市保健所長

届出者 住 所

氏 名

〔法人にあつては、主たる事務所の所在地、
名称及び代表者の氏名〕

電話番号

確認証を紛失（損傷）したので、再交付願います。

記

- 1 施設 の 名 称
- 2 施設 の 所在地 札幌市 区
- 3 業 種 の 区 分 理 容 美 容 クリーニング
- 4 確 認 年 月 日 年 月 日
及 び 番 号 札幌 確認 () 第 号
- 5 紛 失 (損 傷) 年 月 日
の 年 月 日

添付書類

確認証（損傷の場合）

備考 この様式により難しいときは、この様式に準じた別の様式を使用することができる。