|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| クリーニング所適合確認済書等再交付申請書  年　　月　　日  （宛先）川崎市保健所長  住　所  氏　名  年　　月　　日生  電　話 | | |
|  | | 法人にあっては、主たる事務所の  所在地、名称及び代表者の氏名 |
| (クリーニング所適合確認済書・無店舗取次店営業届出済書)の再交付を受けたいので、次のとおり申請します。 | | |
| 営業の種類 | □　クリーニング所　　　□　無店舗取次店 | |
| 所在地  （無店舗取次店にあっては、営業区域） |  | |
| 名称 |  | |
| 確認年月日・番号  （無店舗取次店にあっては、届出年月日・番号） | 年　　　月　　　日　　　　第　　　　　号 | |
| 理由 | | |
| 注　添付書類　クリーニング所適合確認済書又は無店舗取次店営業届出済書を破損し、又は汚損したときは、そのクリーニング所適合確認済書又は無店舗取次店営業届出済書 | | |