

営業報告済みの証票の再交付申請書

年 月 日

神奈川県 保健福祉事務所長殿

届出者 郵便番号

住 所

氏 名

生年月日 年 月 日

電話番号（ ） —

〔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〕

次の理由により、営業報告済みの証票の再交付を申請します。

営 業 所 の 所 在 地	電話番号（ ） —
営 業 所 の 名 称	
営 業 の 種 類	
営業報告済みの証票の 年 月 日 及 び 番 号	年 月 日 第 号
再 交 付 の 理 由	
備 考	