様式第３号の３（第２条関係）

|  |  |
| --- | --- |
| クリーニング所検査確認済証再交付申請書  　　 　 年 月 日  （あて先）  滋賀県 保健所長  　　 住所  　　開設者  　　氏名  　　　 (法人にあっては､主たる事務所の所在地ならびに名称および代表者の氏名)  クリーニング所検査確認済証の再交付を受けたいので、滋賀県クリーニング業法  施行細則第２条第４項の規定により申請します。 | |
| ｸﾘｰﾆﾝｸﾞ所の名称 |  |
| ｸﾘｰﾆﾝｸﾞ所の所在地 |  |
| 検査確認番号 | 第 号 |
| 検査確認年月日 | 年 月 日 |
| 再交付申請の理由 |  |

注１ 用紙の大きさは、日本産業規格Ａ列４番とする。

２ 検査確認済証を破り、または汚した場合は、その検査確認済証を添付すること。