

様式第8号（第5条関係）

クリーニング師登録抹消申請書

年 月 日

（あて先）

滋賀県知事

氏 名 _____

年 月 日生

登 録 番 号	第 号
登 録 年 月 日	年 月 日
登録の抹消を受けようとする理由	

注 用紙の大きさは、日本産業規格A列4番とする。

※受付機関使用欄

申請者連絡先電話番号	受付担当者氏名
() —	保健所