配置従事者身分証明書再交付申請書

　　年　　月　　日

市立函館保健所長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　交付を受けた身分証明書を（破損・汚し・紛失）したので、次のとおり身分証明書の再交付を申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 証明書番号及び年月日 | 　　　　　　　第 |  | 号 |
| 　　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 配置販売業者配置販売業者 | 住　　所 |  |
| 氏　　名 |  |
| 再交付申請の理由 |  |
| 備　　　　　　　　　　　考 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 手数料 | 受付印 |
| ２，９００円 |  |
| 領収印 |
|  |

連絡先 ：　電話　　　　　　　担当者

営業所：