

第5号様式（第9条第1項関係）

コインオペレーションクリーニング営業施設開設確認済証再交付申請書

年 月 日

保健所長 様

郵便番号
届出者 住 所
(営業者) 氏 名
(電話 局 番)

下記のとおりにコインオペレーションクリーニング営業施設開設確認済証を
したため、山口県コインオペレーションクリーニング営業施設の衛生指導要綱第9条
第1項の規定により再交付を申請します。

亡失
損傷

記

営業施設	名 称	
	所 在 地	
交付年月日及び番号		
亡 失 損 傷	の理由	
亡 失 損 傷	の年月日	

添付書類

損傷した場合は、その確認済証