

## クリーニング所開設検査確認済証再交付申請書

年 月 日

（宛先）静岡市保健所長

住所 （ 法人にあつては、その  
主たる事務所の所在地 ）

申請者 氏名 （ 法人にあつては、その  
名称及び代表者の氏名 ）

電話 （ ）

クリーニング所開設検査確認済証を亡失（損傷）したので、静岡市クリーニング業法  
施行細則第3条第2項の規定により再交付を申請します。

クリーニング所	名 称	
	所在地	電話（ ）
開設検査 確認済証	番 号	第 号
	年月日	年 月 日
亡失又は損傷年月日		年 月 日
亡失又は損傷の理由		
備 考		