登録票再交付申請書

|  |  |
| --- | --- |
| 登録番号及び登録年月日 | 第　　　　　　　　号　　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 店舗 | 所在地 |  |
| 名称 |  |
| 再交付申請の理由 |  |
| 備考 | 店舗の電話（　　　　）　　　－　　　　担当者名（　　　　　　　　） 連絡先（　　　）　　　－　　　 |

上記により、毒物劇物　農業用品目販売業　登録票の再交付を申請します。

　年　　　月　　　日

住　所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

氏　名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

（あて先）一宮市保健所長

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 保健所収受印 | 領収済印 | 登録票 |
|  | 　　　　　　　　　　円 | 年　　　月　　　日受領者氏名　　　　　　　　　　　　 |

（記載上の留意事項）

１　字は、墨、インク等を用い、楷書ではっきりと書いてください。

２　附則第３項に規定する内燃機関用メタノールのみを取り扱う特定品目販売業にあっては、その旨を備考欄に記載してください。

（添付書類）

　破損、汚損の場合はその登録票