

年 月 日

大分市保健所長 殿

住所

氏名

(法人にあつては、その名称及び主たる
事務所の所在地並びに代表者の氏名)

検 査 確 認 済 証 紛 失 届

私は、下記のとおり保健所の検査を受けて（ ）所の営業を
していましたが、検査確認済証を紛失しましたのでお届けします。

記

1. 施設の名称
2. 所在地
3. 確認年月日
4. 指令番号