

令和 年 月 日

千葉県松戸保健所長 様

営業者  
住所

氏名

TEL  
(法人にあつては、法人の名称、主たる  
事務所の所在地及び代表者の氏名)

## 紛失届

下記の許可証を紛失しましたのでお届けします。

### 記

- 1 業 種
- 2 屋 号
- 3 営業所所在地
- 4 許 可 番 号 第 一 号
- 5 許可有効期限 年 月 日
- 6 紛失した理由