

第5号様式（第5条関係）（用紙 日本工業規格A4縦長型）

営業報告済みの証票の再交付申請書

年 月 日

神奈川県 保健福祉事務所長殿

届出者 郵便番号
住 所

氏 名

生年月日 年 月 日

電話番号（ ） —

〔 法人にあつては、主たる
事務所の所在地、名称及
び代表者の氏名 〕

次の理由により、営業報告済みの証票の再交付を申請します。

営業所の所在地	電話番号（ ） —
営業所の名称	
営業の種類	
営業報告済みの証票の 年月日及び番号	年 月 日 第 号
再交付の理由	
備 考	