

様式第 10 号 (第 10 条関係)

許可証再交付申請書

年 月 日

(宛先)

寝屋川市保健所長

申請者 住 所

氏 名

(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)

電話番号

寝屋川市旅館業法施行細則第 9 条第 1 項の規定により、次のとおり許可証の再交付の申請をします。

名 称	
所 在 地	寝屋川市
許 可 年 月 日 及 び 番 号	年 月 日 第 号
再交付申請の理由	<input type="checkbox"/> 破 損 <input type="checkbox"/> 汚 損 <input type="checkbox"/> 紛 失