**亡　　失　　申　　立　　書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日

　（宛先）東大阪市保健所長

住　　所

氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

（法人の場合はその名称及び代表者氏名）

　　私は　検査確認済証　をつぎのとおり亡失いたしました。

　なお、亡失した　検査確認済証　を発見した場合は必ず返納いたします。

記

１　亡失年月日

２　亡失場所

３　亡失の理由（具体的に）