

亡失申立書

年 月 日

(宛先) 東大阪市保健所長

住 所

氏 名 ⑩

(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)