

手数料 (4,000 円)

※記入はしないでください。<保健所担当者確認・記入欄>

納付書による納入 (納付書番号: \_\_\_\_\_ 納入済証確認: / 確認者: \_\_\_\_\_)

キャッシュレス決済 ・クレジットカード ・電子マネー ・スマートフォン決済  
(銘柄: \_\_\_\_\_ 伝票番号: \_\_\_\_\_ 決済確認日: / 決済処理者: \_\_\_\_\_)

別記第 13 号様式 (第 11 条の 3 関係)

## 登録票再交付申請書

登録番号及び登録年月日		神保第	号	年	月	日
営業所、店舗	所在地	〒	—			
		神戸市	区			
				TEL (	)	—
	ふりがな					
	名称					
再交付申請の理由						
備考						
		(ふりがな) 申請担当者		連絡先 TEL (	)	—

一般販売業  
上記により、毒物劇物 農業用品目販売業 登録票の再交付を申請します。  
特定品目販売業

年 月 日

住所 (法人にあっては、主たる事務所の所在地)  
〒 —

(ふりがな)  
氏名 (法人にあっては、名称及び代表者の氏名)

TEL ( ) —

神戸市保健所長 あて

(注意)

- 用紙の大きさは、日本産業規格A列4番とすること。
- 字は、墨、インク等を用い、楷書ではつきりと書くこと。
- 附則第3項に規定する内燃機関用メタノールのみを取り扱う特定品目販売業にあっては、その旨を備考欄に記載すること。