

手数料 (2,400 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 12 号様式 (第 11 条の 2 関係)

登録票書換え交付申請書

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	〒 ー 神戸市 区 TEL () ー	
	名称		
変更 内容	事項	変更前	変更後
変更年月日		年 月 日	
備考		申請担当者 連絡先 TEL () ー	

一般販売業
上記により、毒物劇物 農業用品目販売業 登録票の書換え交付を申請します。
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)
〒 ー

(ふりがな)
氏名 (法人にあっては、名称及び代表者の氏名)

TEL () ー

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、楷書ではっきりと書くこと。
- 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。