

登録番号

施設番号

参考様式第3（規則第2条第9項関係）

年 月 日

神戸市保健所長 宛

届出者 氏 名  
(法人にあつては、名称及び代表者の氏名)  
住 所 〒

電話番号

第一種動物取扱業登録証返納届出書

〔登録を取り消された  
登録証の再交付を受けた後において、亡失した登録証を発見し、又は回復した〕ので、動物の  
愛護及び管理に関する法律施行規則第2条第9項の規定に基づき、登録証を返納します。

記

1 事業所の名称	
2 事業所の所在地	〒 電話番号
3 登録年月日	年 月 日
4 登録番号	
5 第一種動物取扱業の種別	<input type="checkbox"/> 販売 <input type="checkbox"/> 保管 <input type="checkbox"/> 貸出し <input type="checkbox"/> 訓練 <input type="checkbox"/> 展示 <input type="checkbox"/> その他
6 備考	

備考

- この届出に係る事務担当者が届出者と異なる場合は、「7 備考」欄に事務担当者の氏名及び電話番号を記入すること。
- この届出書の用紙の大きさは、日本工業規格A4とすること。