年　　月　　日

吹田市保健所長　　様

店舗所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　店舗名称

住　　　所

氏　　　名

紛失理由書

（業種）

（紛失理由）

　この度、　　　　　　　　　　　　　の登録票を

のため紛失しました。

　今後、このようなことがないよう十分注意し管理しますので、今回に限りよろしくお取り計らい願います。

　なお、紛失した登録票を発見した場合は速やかに返却する旨誓約します。