（別添様式３）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 再交付申請書  年　　月　　日 | | | |
| 熊本県　　保健所長　様  申請者　住　所  氏　名  法人にあっては、その名称及び主たる  事務所の所在地並びに代表者の氏名  　許可証の再交付を受けたいので、墓地、埋葬等に関する法律施行細則第4条第2項の規定により次のとおり申請します。 | | | |
|  | 再交付を受けようとする許可証の年月日及び番号 | 年月日　　　　　　　年　　　　月　　　　日  　番　号　　　　　　　　　第　　　　　　　号 |  |
| 再交付申請の理由 |  |
| ※添付書類  　　破り又は汚した場合は、その許可証 | | | |