（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 |