様式第１２号（第１２条関係）

年　　月　　日

　　　岩手県知事　　　　　様

　　　（岩手県　　　　保健所長）

住　所

氏　　　　　　　　名

年　　月　　日生

クリーニング師登録抹消申請書

　　クリーニング業法施行規則第10条第１項の規定に基づき、次のとおり申請します。

　抹消の理由

　注　免許証を添えてください。

（Ａ４）