

( ) 분실사유서

- 기관(업소)명 :
- 소재지 :
- 대표자 :
- 주민등록번호 :
- 분실사유 :

상기 내용은 사실과 다름이 없으며 분실된 신고(등록)증을 발견할 시 지체 없이 보건소에 반환하겠습니다. 분실에 따른 법적 책임을 본인이 감수하겠음을 확인·제출합니다.

20    년    월    일

위 제출인 :

서명(인)