

配置従事者身分証明書返納届書

令和 年 月 日

(あて先) 札幌市保健所長

住 所

氏 名

印

配置従事者身分証明書を返納するので、次のとおり届け出ます。

返納の理由（該当する項目の番号に○を付けること。）

- 1 有効期間が過ぎたため
- 2 配置販売業者との雇用関係が消滅したため
- 3 亡失した身分証明書が発見されたため

連絡先： 電話

担当者

営業所：

注 申請者が氏名を自署する場合は、押印を省略することができます。

備考 この様式により難しいときは、この様式に準じた別の様式を使用することができる。