

印鑑登録亡失届出 (廃止申請) 書

中 泊 町 長 殿

年 月 日

印 鑑 登 録 者	登 録 番 号			
	住 所	中泊町大字		
	氏 名	生年月日	年	月 日
		大正・昭和		
		平成・令和		

区 分	<input type="checkbox"/> 亡 失	事 由	<input type="checkbox"/> 紛 失	<input type="checkbox"/> 不 用	<input type="checkbox"/> その他 ()
	<input type="checkbox"/> 廃 止		<input type="checkbox"/> 紛 失	<input type="checkbox"/> 不 用	<input type="checkbox"/> その他 ()

申 請 者	1 本 人	2 代 理 人 (住所、氏名を書いてください)
	住 所	↓
	氏 名	

印 鑑 登 録 証 返 納		
<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	返納年月日
		年 月 日

注 意
 廃止届け出する場合は、印鑑登録証を添えて申請してください。

受 付	照 合	原票整理	通 知