

営業許可証再交付申請書

平成 年 月 日

市立函館保健所長 様

住 所
(法人にあつては,主たる
事務所の所在地)

(ふりがな)
氏 名
申請者 (法人にあつては,その名
称および代表者の氏名)

生年月日 年 月 日

電 話 局 番

次のとおり営業許可証の再交付を受けたいので,函館市食品衛生法施行細則第6条第1項の規定により申請します。

1 営業所所在地

函館市 町 丁目 番(地) 号
(ビル 階)

2 営業所の名称,屋号または商号

3 営業の種類

4 現に受けている営業許可の番号およびその年月日

第 号 年 月 日

5 再交付の理由 破損・汚損・亡失

注 1 5の再交付の理由は,該当するものを で囲むこと。

2 再交付の理由が,破損または汚損の場合にあつては,その営業許可証を添付すること。

決裁印

上記の申請について,支障ないので再交付したい。				
平成 年 月 日				
所 長	次 長	課 長	主 査	担 当
/				