

営業許可証再交付申請書

年 月 日

熊本市保健所長 (宛)

〒
届出者 住所
TEL
フリガナ

氏名

生年月日 年 月 日生

(法人にあっては、法人の名称、主たる事務所の所在地及び代表者の氏名)

次のとおり営業許可証の再交付を申請します。

営業所所在地

営業所名称

営業の種類

許可年月日 年 月 日

許可番号 指令(食保)第 号

許可有効期限 至 年 月 日

再交付申請の理由 亡失 き損

熊本市保健所長 (宛)

〒 〇〇〇-〇〇〇〇

届出者 住所 熊本市〇〇区〇〇丁目〇番〇号

TEL 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

フリガナ カブシキガイシャ 〇〇ショクヒン
コウロウ タロウ氏名 株式会社 〇〇食品
厚労 太郎

生年月日 年 月 日生

(法人にあっては、法人の名称、主たる事務所の所在地及び代表者の氏名)

次のとおり営業許可証の再交付を申請します。

営業所所在地 熊本市〇〇区〇〇丁目〇番〇号

営業所名称 △△ストア

営業の種類 〇〇〇〇業

許可年月日 令和〇年 〇月 〇日

許可番号 指令(食保)第 〇〇〇 号

許可有効期限 至令和〇年 〇月 〇日

再交付申請の理由 亡失 き損