

許 可 証 再 交 付 申 請 書

年 月 日

大分市保健所長 殿

住所

氏名

年 月 日 生

法人にあっては、その名称及び主たる事務所の所在地並びに代表者の氏名

電話番号 — —

食品営業許可証の再交付を受けたいので、次のとおり申請します。

営 業 の 種 類	
屋号又は商号	
許 可 年 月 日	
営 業 許 可 番 号	
申 請 の 理 由	<input type="checkbox"/> 許可証記載事項の変更 <input type="checkbox"/> 許可営業者の地位の承継 <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> き損又は汚損

※添付書類：営業許可証（原本）または紛失届