

許可書再交付申請書

年 月 日

大分市保健所長 殿

住所
申請者
氏名
年 月 日生

法人にあつては、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 — —

営業許可書の再交付を受けたいので、次のとおり申請します。

名称	
施設所在地	
営業の種別	
許可の条件	
許可年月日	
許可番号	
再交付の理由	

添付書類

営業許可書（原本）または、紛失届