

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

記載いただいた個人情報は、本件申請に関する業務にのみ利用します。

熊本市保健所長 (宛)

〒 -
届出者住所 熊本市 区 ○丁目 番号

TEL - -

フリガナ カブシキガイシャ ショクヒン
コウロウ タロウ氏名 株式会社 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 区 ○丁目 番号

営業所名称 ストア

営業の種類 ○○業

許可年月日 令和 年 月 日

許可番号 指令(食保)第 ○○ 号

許可有効期限 至令和 年 月 日

再交付申請の理由 亡失 き損

記載いただいた個人情報は、本件申請に関する業務にのみ利用します。