

個人の場合、営業者の住所となります。
法人の場合は、住所欄に登録された本社の所在地を記載
してください。

第 13 号様式 (第 12 条関係)

届出の日

営業許可証紛失届

平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

長崎市保健所長

届出者 住所 長崎市桜町〇番〇号
(許可営業者) 株式会社桜町フーズ
氏名 代表取締役 長崎 一

(法人の場合は、その名称、主たる
事務所の所在地及び代表者の氏名)

営業許可証を紛失したので、長崎市食品衛生に関する規則第 12 条第 1 項の規定により次の
とおり届け出ます。

	許可番号及びその日付	営業所の名称等	営業の種類(種別)	営業所の所在地
1	999 号 〇〇・〇〇・〇〇	ランチハウス さくら	飲食店営業 (レストラン)	長崎市桜町〇番〇号 さくらビル 2F
2	号 . .			
3	号 . .			
4	号 . .			
5	号 . .			
備 考				

わからない場合は、営業者のお名前、営業所の名称(屋号)、
所在地等で窓口の担当者がお調べします。

連絡先の 電話番号	(自) 899-9999 (店)
--------------	---------------------

※保健所使用欄

課長	係長	課員	係員