

第 14 号様式 (第 12 条関係)

営業許可証再交付願

年 月 日

(あて先) 長崎市保健所長

申請者 住 所
(許可業者) 氏 名

(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)

長崎市食品衛生に関する規則第 12 条第 2 項の規定により次のとおり営業許可証の再交付を申請します。

	許可番号及びその年月日	営業所の名称等	営業の種類(種別)	営業所の所在地	備考
1	号 . .				
2	号 . .				
3	号 . .				
4	号 . .				
5	号 . .				
再交付を申請する理由		<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> き損 その他 ()			
特 記 事 項					
添 付 書 類		許可証をき損した場合は、当該許可証。			

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

※保健所使用欄

課長	係長	課員	係員	公印使用承認

決裁年月日	
連絡済	
台帳記載済	

本件は許可証を再交付してよいでしょうか。