

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 14 号様式 (第 12 条関係)

営業許可証再交付願

届出の日

〇〇年〇〇月〇〇日

長崎市保健所長

注意！
再交付前の許可証に記載されている住所(事務所所在地)、代表者氏名(法人名)と変更があった方は、別に【営業許可申請書・営業届(変更)】が必要です。

申請者 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)

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	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 . .	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。			
3	号 . .				
4	号 . .				
5	号 . .				破れたり、汚れたりした場合は、その許可証を添付してください。
再交付を申請する理由		<input type="checkbox"/> 紛失 <input checked="" type="checkbox"/> き損 その他 ()			
特記事項		金融機関提出のため、〇月〇日までに交付を希望します。			
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) 899-9999 (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。