|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 様式第11号（第14条関係） | | | | | | | | | |
| 収入証紙貼付欄 | | | | | | | | | 年　　　月　　　日 |
| 整理番号： |
| ※申請者、届出者による記載は不要です。 |
| 岩手県宮古保健所長　杉江　琢美　様 | | | | | | | | | |
| 営業許可証書換え交付申請書 | | | | | | | | | |
| 食品衛生法施行条例第５条第３項の規定に基づき、次のとおり許可証の書換え交付を申請します。 | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| 申請者情報 | 郵便番号： | | 電話番号： | | | | FAX番号： | | |
| 電子メールアドレス： | | | | | 法人番号： | | | |
| 申請者住所　※法人にあっては、所在地 | | | | | | | | |
| （ふりがな） | | | | | （生年月日） | | | |
| 申請者氏名　※法人にあっては、その名称及び代表者の氏名 | | | | | 年　　　月　　　日生 | | | |
| 営業施設情報 | 郵便番号： | | 電話番号： | | | | FAX番号： | | |
| 電子メールアドレス： | | | | | | | | |
| 施設の所在地 | | | | | | | | |
| （ふりがな） | | | | | | | | |
| 施設の名称、屋号又は商号 | | | | | | | | |
| 許可の番号及び許可年月日 | | | 営業の種類 | | | | 備考 | |
| 番号　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日 | | |  | | | |  | |
| 番号　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日 | | |  | | | |  | |
| 番号　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日 | | |  | | | |  | |
| 番号　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日 | | |  | | | |  | |
| 番号　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日 | | |  | | | |  | |
| 変更内容 | 変更事項 |  | | | | | | | |
| 変更前 |  | | | | | | | |
| 変更後 |  | | | | | | | |
| 添付書類 | □　営業許可証 | | | | □ | | | | |
| □ | | | | □ | | | | |
| 担当者 | （ふりがな） | | | | | 電話番号 | | | |
| 担当者氏名 | | | | |  | | | |
| 備考 |  | | | | | | | | |