|  |
| --- |
| 様式第12号（第15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 |
| 営業許可証再交付申請書 |
| 　食品衛生法施行条例第５条第４項の規定に基づき、次のとおり許可証の再交付を申請します。 |
|  |
|  |
| 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 |  |  |
| 再交付申請理由 |  |
| 添付書類 | □　営業許可証（許可証を失った時を除く） | □ |
| □ | □ |
| 担当者 | （ふりがな） | 電話番号 |
| 担当者氏名 |  |
| 備考 |  |