**第３号様式**（第10条関係）

年　　月　　日

保健所長　様

許可営業者　郵便番号

住所

法人の場合は、主たる事務所の所在地、名称

及び代表者の職・氏名

電話番号

生年月日　　　　　　　　　年　　月　　日

営業許可証再交付申請書

営業許可証の再交付を受けたいので、高知県食品衛生法施行細則第10条第１項の規定に基づき次のとおり申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 営業施設 | 所在地 | 郵便番号 |
| 名称、屋号又は商号 | 電話番号 |
| 営業の種類 | |  |
| 営業許可番号 | |  |
| 営業許可年月日 | | 年　　　月　　　日 |
| 営業許可の有効期間 | | 年　　月　　日から　　　　　年　　月　　日まで |
| 申請理由 | | 紛失　・　毀損 |

注　１　法人の名称及び代表者の氏名並びに「営業施設」の「名称、屋号又は商号」欄は、振り仮名を付けてください。

２　「営業の種類」欄は、食品衛生法施行令第35条各号に規定する営業名を記入してください。

３　営業許可証を毀損したときは、その営業許可証を添えてください。