

第3号様式（第10条関係）

年 月 日

保健所長 様

許可業者 郵便番号

住所

ふりがな
氏名

（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。