

第5号様式（第15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

営業再開届出書

営業を再開しますので、高知県食品衛生法施行条例第6条第2項の規定により次のとおり届け出ます。

|           |               |                 |
|-----------|---------------|-----------------|
| 営業施設      | 所在地           | 郵便番号            |
|           | 名称、屋号<br>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 |
| 再開予定年月日   |               | 年 月 日           |

- 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 営業を再開する日の5日前までに届け出てください。