

食品営業届出済証再交付申請書

年 月 日

(宛先) 茅ヶ崎市保健所長

住所 (法人にあつては、所在地)

申請者 ふりがな 氏名 (法人にあつては、ふりがな 名称及び代表者のふりがな 氏名)

電話番号

食品営業届出済証の再交付を受けたいので、次のとおり申請します。

|                        |   |
|------------------------|---|
| ふ り が な<br>施 設 の 名 称 等 |   |
| 施 設 の 所 在 地            |   |
| 施 設 の 電 話 番 号          |   |
| 届 出 番 号                |   |
| 再 交 付 事 由              | <input type="checkbox"/> 亡失 <input type="checkbox"/> 汚損 <input type="checkbox"/> 毀損 |
| 備 考                    |   |

- 備考
- 1 のある欄は、該当するにレ印を記入してください。
  - 2 「施設の名称等」の欄は、施設の名称、屋号又は商号を記入してください。
  - 3 食品営業届出済証を亡失した場合を除き、汚損し、又は毀損した食品営業届出済証を添付してください。