|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 食品営業許可証再交付申請書  令和　　　　年　　月　　日  　愛知県清須保健所長殿  住　　　所  氏　　　名  名称及び  代表者氏名  　愛知県食品衛生規則第４条の規定により、次のとおり申請します。 | | | |
| 営業所の所在地 | |  | |
| 営業所の名称、屋号又は商号 | |  | |
| 再交付申請の理由 | |  | |
| 再交付申請を行う営業許可  の番号及びその年月日 | | 営　業　の　種　類 | 備　　　　　考 |
| １ | 保第　　―　　　号  年　　月　　日 |  |  |
| ２ | 保第　　―　　　号  年　　月　　日 |  |  |
| ３ | 保第　　―　　　号  年　　月　　日 |  |  |
| ４ | 保第　　―　　　号  年　　月　　日 |  |  |
| ５ | 保第　　―　　　号  年　　月　　日 |  |  |

備考　用紙の大きさは、日本産業規格Ａ４とする。