|  |
| --- |
| 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。