|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 様式第３号（第４条関係） | | | | |  | | | 年　　　月　　　日 | | | |
|  | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | |  | |
| （宛先）高松市保健所長 | | | | | | |  | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | |
| 営業許可証等再交付申請書 | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
|  | 次のとおり営業許可証等の再交付を受けたいので、高松市食品衛生法施行細則第４条第３項の規定により申請します。 | | | | | | | | | | |
| 申請者情報 | | 申請者住所　※法人にあっては、主たる事務所の所在地 | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| （ふりがな） | | | | | | | | | |
| 申請者氏名　※法人にあっては、その名称及び代表者の氏名 | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| 営業施設情報 | | 施設の所在地 | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| （ふりがな） | | | | | | | | | |
| 施設の名称、屋号又は商号 | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| 営業許可業種 | | 許可の番号及び許可年月日 | | | | 営　業　の　種　類 | | | 備　考 | | |
| 1 | 年　　月　　日 | | |  | | |  | | |
| 2 | 年　　月　　日 | | |  | | |  | | |
| 3 | 年　　月　　日 | | |  | | |  | | |
| 4 | 年　　月　　日 | | |  | | |  | | |
| 5 | 年　　月　　日 | | |  | | |  | | |
| 再交付を受けたい書類 | | | | 営業許可証 | | | | | | | □ |
| 営業許可済証 | | | | | | | □ |
| 申請の理由 | | | |  | | | | | | | |
| 担当者 | | （ふりがな） | | | | | | | 電話番号 | | |
| 担当者氏名 | | | | | | |  | | |
| 備考 | |  | | | | | | | | | |

注　□については、該当するものに「✔」を記入してください。