|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 様式第６号（第７条関係） |  | 年　　　月　　　日 |
|  |  |  |
| （宛先）高松市保健所長 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 営業許可申請書・営業届（廃業） |
|  | 食品衛生法施行規則第71条の２の規定に基づき次のとおり関係書類を提出します。 |
|  |  |
| 申請者・届出者情報 | 郵便番号： | 電話番号： | FAX番号： |
| 電子メールアドレス： | 法人番号： |
| 申請者・届出者住所　※法人にあっては、主たる事務所の所在地 |
|  |
| （ふりがな） | （生年月日） |
| 申請者・届出者氏名　※法人にあっては、その名称及び代表者の氏名 |  |
|  | 年　　　月　　　日生 |
| 営業施設情報 | 郵便番号： | 電話番号： | FAX番号： |
| 電子メールアドレス： |
| 施設の所在地 |
|  |
| （ふりがな） |
| 施設の名称、屋号又は商号 |
|  |
| 営業届出 | 営　業　の　形　態 | 備　考 |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 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 |  |  |
| 廃業年月日 |  |
| 担当者 | （ふりがな） | 電話番号 |
| 担当者氏名 |  |
| 備考 |  |

注　１　許可営業者は、営業許可証を添付してください。

　　２　太枠内は必ず記入して下さい。ただし、届出営業者は営業許可業種の欄は記入しないでください。