

化製場設置許可書等（書換交付・再交付）申請書

年 月 日

（宛先）新潟市保健所長

申請者 住所（法人にあつては主たる事務所の所在地）

氏名（法人にあつては名称及び代表者の氏名）

電話番号

新潟市化製場等に関する法律施行細則第 1 2 条第 1 項又は第 2 項の規定により，次のとおり申請します。

施 設	名 称	
	所在地 新潟市	電話番号
種 別	<input type="checkbox"/> 化製場 <input type="checkbox"/> 死亡獣畜取扱場 <input type="checkbox"/> 魚介類鳥類等製造貯蔵施設 <input type="checkbox"/> 動物の飼養又は収容	
許 可 年 月 日	年 月 日	
許 可 番 号	第 号	
申 請 理 由	<input type="checkbox"/> 記載事項の変更 <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 毀損又は汚損	

注 1    該当する項目の□にレ印を記入してください。

2    書換交付又は再交付に係る許可書を添付してください（当該許可書を紛失した場合及び当該許可書の毀損又は汚損が著しい場合を除きます。）。