

営業許可書の写交付願

年 月 日

(宛先) 新潟市保健所長

申請者

住所 (法人にあ
っては所在地)

氏名 (法人にあ
っては名称及び
代表者の氏名)

電話番号 - -

次の営業許可について、営業許可書の写しの交付をお願いします。

営業所	名称	
	所在地 新潟市 電話番号 - -	
営業の種類	許可年月日	許可番号
交付の理由	<input type="checkbox"/> 1. 紛失 <input type="checkbox"/> 2. き損 (破れた, または汚れたもの) <input type="checkbox"/> 3. その他 ()	

注 1 該当する項目の□にレ印を記入してください。
2 太線の枠内だけ記入して下さい。

(案) のとおり交付してよろしいか。			起案 年 月 日	交付 年 月 日
氏名 印			決裁 年 月 日	新保食 第 号の2
課長	補佐	係長	係	