

受付入力		交付予定月日	/
------	--	--------	---

営業許可証再交付申請書

年 月 日

大 阪 市 長

申請者 住 所：  
(届出者) \_\_\_\_\_

氏 名： \_\_\_\_\_

大阪市食品衛生法施行条例第4条第4項の規定により、次のとおり申請します。

記

営業所所在地	大阪市 区 ビル又はマンション名
再交付申請の理由	紛失 ・ き損 ・ 汚損 その他 ( )

	営業所名称 (屋号又は商号)	営業の種類	指 令 番 号 及 び 許 可 年 月 日 * 施 設 番 号
1			大保食第 号 年 月 日 *
2			大保食第 号 年 月 日 *
3			大保食第 号 年 月 日 *
4			大保食第 号 年 月 日 *

再交付年月日	年 月 日
--------	-------

- 注意 ●太線枠内に、インク等を用いて楷書ではっきりと記載すること  
●\*印の欄は、記載しないこと  
●当該許可証をき損又は汚損した場合は、その許可証を、また、紛失した場合は、営業許可証紛失届出書を添付してください。

上記申請書を受理し、別添「許可証」を作成し、営業者に交付します。

保健所 受付印	

起案	年 月 日	決裁	年 月 日
----	-------	----	-------

決 裁 欄	所長	課長・課長代理	係長	担当者	受付者	公 印 審 査	取扱責任者	文書主任	市 長 印	専 用
									通 簡 所	