

年 月 日

大 阪 市 長

営 業 許 可 証 再 交 付 申 請 書

大阪市食品衛生法施行条例第3条第4項の規定により、次のとおり申請します。

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 ※法人にあつては、所在地									
	(ふりがな)	(生年月日)	※申請者・届出者が個人の場合							
申請者・届出者氏名 ※法人にあつては、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									
自動販売機の型番		業態								
営業許可	許可番号及び許可年月日	営 業 の 種 類	備考 (自動車による営業の場合は自動車登録番号を記載)							
	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									
再交付申請の理由		紛失 ・ 毀損 ・ 汚損 ・ その他( )								
担当者	(ふりがな)	電話番号	保健所受付印							
	担当者氏名									
	上記申請書を受受理し、別添「許可証」を作成し、営業者に交付します。									
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	
交付予定年月日	年 月 日	施設番号：								