**営業許可証再交付申請書**

年　　　月　　　日

尼崎市保健所長あて

申請者　　住所（法人の場合は主たる事務所の所在地）

氏名（法人の場合は名称及び代表者の氏名）※署名又は記名押印

生年月日　　　　　　　年　　　月　　　日

(法人の場合は記入不要)

尼崎市食品衛生に関する条例第４条第２項の規定により、次のとおり営業許可証の再交付を申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 営業施設の所在地 | 尼崎市 |
| 営業施設の名称、屋号又は商号 |  |
| 営業の種類 |  |
| 許可年月日及び許　可　番　号 | 年　　　　月　　　　日尼崎市指令(　尼保生　・　生　)第１－　　　　　　号(　　) |
| 再交付申請の理由 |  |

※保健所事務処理欄

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　　年　　月　　日　再交付します。 | 営業許可証再交付手数料検収印 | 申請書受付年月日収受印 |
| 公文書開示の区分□開示□非開示　　　　条例第７条　　　　　号該当□部分開示　　　　　　　年　　月　　日まで |
| 課長 | 係長 | 起案者 | 公印 |