

# 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	申請書受付年月日
公文書開示の区分 <input type="checkbox"/> 開示 <input type="checkbox"/> 非開示 条例第7条 号該当 <input type="checkbox"/> 部分開示 年 月 日まで					
課長	係長	起案者	公印	検収印	收受印