**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）

生年月日　　　　　　　年　　　月　　　日

(法人の場合は記入不要)

営業許可証の記載事項に変更が生じたため、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(　　) | |
| 変更内容 | 事　項 | 変更前 | 変更後 |
|  |  |  |
| 変更年月日 | |  | |

【添付書類】営業許可証

※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 |