様式第７号（第１０条第７号関係）

営業許可書再交付願

年　　月　　日

　佐世保市保健所長　　　　様

届出者　住所

(営業者)電話番号

氏名

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | 法人にあっては、その名称、主たる事務所の所在地及び代表者の氏名 |
| 次のとおり営業許可書を毀損(紛失)したので佐世保市食品衛生に関する規則第6条第4項の規定により、再交付願います。 | | |
| 営業所所在地  (電話番号) | (電話番号) | |
| 営業所の名称等 |  | |
| 営業の種類(種別) | (　　　　　　　　　　) | |
| 許可番号 | 第　　　　　号 | |
| 備考 | 営業許可書を毀損した場合は、その毀損した営業許可書を添付すること | |