

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

(法人にあつては、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