

年 月 日

(宛先) 秋田県 保健所長

申請者 住 所

氏 名

年 月 日生

〔 法人にあつては、主たる事務所の
所在地、名称及び代表者の氏名 〕

営業許可証等の再交付について(申請)

次のとおり営業許可証(自動販売機営業許可標識)の再交付を受けたいので、食品衛生法施行条例第4条第5項の規定により、申請します。

- 1 営業所所在地
- 2 営業所の名称、屋号又は商号
- 3 営業の種類
- 4 営業許可年月日及び指令番号
- 5 再交付申請の理由