

食品営業許可申請書

年 月 日

		手数料	審査者	担当者
水戸市保健所長 様				
申請者の住所又は所在地	〒 電話番号			
フリガナ				
申請者の氏名又は名称（代表者の氏名）	印 （自署の場合は押印を省略できます。） 年 月 日生			

次のとおり営業の許可を受けたいので、（食品衛生法第52条第1項・茨城県食品衛生条例第5条第1項）の規定により申請します。

申請の種類	新規 ・ 更新 （該当する方を○で囲むこと。）			
営業所の所在地	〒 水戸市 電話番号			
フリガナ				
営業所の名称 屋号又は商号				
営業設備の大要	別紙のとおり			
営業の種類	許可番号	許可年月日	食品衛生責任者	備考
申請者の欠格事由の該当	(1) 食品衛生法若しくはこの法律に基づく処分又は茨城県食品衛生条例に違反して刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった日から起算して2年を経過していないこと。			有・無
	(2) 食品衛生法第54条から第56条の規定又は茨城県食品衛生条例第11条から13条の規定により許可を取り消され、その取消しの日から起算して2年を経過していないこと。			有・無

- 備考 1 法人にあつては、生年月日の記載は不要
 2 営業設備の大要、営業施設の配置図及び付近の見取図については、新規の場合に添付すること。
 3 許可番号、許可年月日及び有効期間は、更新の場合に記入すること。
 4 営業の種類に記載欄が不足する場合は、適宜追加すること。

営業期間	〔 季節営業の場合にご記入下さい。 〕
年 月 日	
～	年 月 日

※雨天順延等も含めた期間をご記入下さい。一度納付された手数料は返金できません。

調査日	郵送先	特記事項
	申請者・施設	

