

様式第 6 号（第 9 条関係）

食品営業許可証再交付申請書

年 月 日

水戸市保健所長 様

住 所 又 は 所 在 地	〒 ー 電話番号
フリガナ	
氏 名 又 は 名 称 (代表者の氏名)	

食品営業許可証の再交付を受けたいので、（水戸市食品衛生法施行細則第11条第1項・茨城県食品衛生条例第6条第4項）の規定により次のとおり申請します。

営業所の所在地	〒 ー 水戸市 電話番号	
営業所の名称 屋号又は商号		
再交付の理由	破損 ・ 汚損 ・ 紛失 （該当するものを丸で囲むこと）	
営業の種類	許可番号	許可年月日
	第 号	年 月 日
	第 号	年 月 日
	第 号	年 月 日
	第 号	年 月 日
	第 号	年 月 日

添付書類

食品営業許可証を破損し、又は汚損した場合は、当該破損し、又は汚損した食品営業許可証