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 | 〒　　　－電話番号　　　　　　　　　　　　　　 |
| フリガナ |  |
| 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。）　　 |

　　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項の規定により次のとおり申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 営業所の所在地 | 〒　　　－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