

決裁区分	課長	係長・主査	係
課			

起案 平成 年 月 日
 決裁 平成 年 月 日

台帳	OA

下記のとおり届出があったので、処理してよろしいか。

営業許可証再交付申請書	
平成 年 月 日	
(あて先)札幌市保健所長	
住所 届出者 (フリガナ) 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) 電話番号 (- -)	
<p>営業許可証を次の事由により紛失（損傷）したので、札幌市食品衛生法施行細則第10条の2の規定により再交付を申請します。</p>	
営業所の所在地	電話番号 - -
営業所の名称等	
許可番号 及び許可年月日	第 号 平成 年 月 日
紛失（損傷）年月日	平成 年 月 日
紛失（損傷）の理由	

注 損傷した場合には、当該許可証を添付してください。

受付印	
(所管外受付課)	(所管課)