

営業許可書再交付願

年 月 日

北海道名寄保健所長 様

届出者 住 所

(法人にあつては、その主たる事務所の所在地)

フリガナ
氏 名

年 月 日生

(法人にあつては、その名称及び代表者の氏名)

電話番号 ()

_____ 許可証を次の事由により紛失（損傷）したので再交付
をお願い致します。

記

- 1 営業所の所在地
- 2 営業所の名称、屋号又は商号
- 3 営業の種類、業種番号
- 4 申請者氏名
- 5 紛失、消失の事由

備考 許可証を損傷した場合には、そのものを添付すること。