

営業許可書等再交付願

令和 年 月 日

いわき市保健所長 様

住所 (所在地)

願出者 氏名 (名称及び代表者氏名)

電話番号

注意 □のある欄は、該当する箇所に☑印を付けてください。

区	分	<input type="checkbox"/> 営業許可書	<input type="checkbox"/> 営業許可済証
施 設	所在地 (自動車の場合は車台番号及び登録番号)		
	名称、屋号 又は商号		
営 業 の 種 類			
施設の許可の番号及び 当該許可を受けた年月日		いわき市指令第	号
再交付を受けようとする理由		<input type="checkbox"/> 亡失	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> 汚損 <input type="checkbox"/> 破損

備考 営業許可書又は営業許可済証を汚損し、又は破損したことにより、その再交付を受けようとするときは、当該営業許可書又は営業許可済証を添付してください。