

営業許可書等書換願

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
書換えを受けようとする理由		<input type="checkbox"/> 名称、屋号又は商号の変更	
		<input type="checkbox"/> その他 ()	

備考 次に掲げる書類を添付してください。

- (1) 営業許可書
- (2) 自動販売機による営業の場合にあっては、営業許可済証