

様式第6（第4条関係）

食品営業許可証等交付申請書

年 月 日

豊橋市保健所長 様

申請者 住 所
氏 名
〔 法人にあつては、
名称及び代表者氏名 〕
電話番号

次のとおり、食品営業許可証等の交付を受けたいので、豊橋市食品衛生規則第4条第3項の規定により申請します。

施 設 の 所 在 地	
施設の名称、屋号又は商号	
許 可 年 月 日	年 月 日
許 可 番 号	第 一 号
営 業 の 種 類	
交 付 申 請 の 理 由	<input type="checkbox"/> 亡 失 <input type="checkbox"/> 損 傷 <input type="checkbox"/> その他
交 付 を 希 望 す る も の	<input type="checkbox"/> 許 可 証 <input type="checkbox"/> 標 札

記入上の注意

のところは、該当するものにレ印を付けてください。