食品営業許可証明願

　　　年　　　月　　　日

熊本県　　　保健所長　様

住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

氏名（法人にあっては、その名称及び代表者の氏名）

|  |  |
| --- | --- |
| 理由 | １　営業許可書をき損又は紛失のため  ２　営業許可申請事項変更内容の証明のため  ３　その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |

上記理由により、食品衛生法第55条第1項の規定による食品営業許可を受けていることを証明願います。

記

１　施設の所在地

２　施設の名称

３　営業の種類、許可年月日、許可番号及び有効期間

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 営業の種類 | 許可年月日 | 許可番号 | 有効期間 |
|  | 年　　月　　日 | 熊本県指令  ○保第食　　　　号 | 自　　　年　　月　　日  至　　　年　　月　　日 |
|  | 年　　月　　日 | 熊本県指令  ○保第食　　　　号 | 自　　　年　　月　　日  至　　　年　　月　　日 |
|  | 年　　月　　日 | 熊本県指令  ○保第食　　　　号 | 自　　　年　　月　　日  至　　　年　　月　　日 |
|  | 年　　月　　日 | 熊本県指令  ○保第食　　　　号 | 自　　　年　　月　　日  至　　　年　　月　　日 |

　上記のとおり相違ないことを証明します。

　○保第　　　　　号

　　　　　年（　　　　年）　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　熊本県　　　保健所長　　印