様式第１０号

**食品営業許可証再交付申請書**

　　　年　　　月　　　日

吹田市保健所長宛

申請者　住　　所

氏　　名

（法人にあっては、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名）

吹田市食品衛生法施行細則第８条の規定により、次のとおり食品営業許可証の再交付の申請をします。

|  |  |
| --- | --- |
| 営業施設の名称 |  |
| 営業施設の所在地 | 吹田市 |
| 営業の種類 |  |
| 許可の年月日  及び番号 | 吹田市指令健衛第　　　　　　　　　号  　　　年　　　月　　　日 |
| 再交付申請の理由 | 破　損　　・　　汚　損　　・　　紛　失   * 紛失した許可証を発見したときは、直ちに返納します。 |