|  |
| --- |
| 営業許可証明願　（宛先）名古屋市保健所長　　　　　　　　　　　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　　　　申請者　住　所　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　（法人の場合は、その名称、主な事務所の所在地及び代表者の氏名）次の理由により、下記の営業について営業許可証明書を発行してください。（理由）１　営業許可書をき損又は紛失　　　　　　２　営業許可申請事項の変更（申請者の住所、氏名、施設の名称・屋号又は商号）記 |
| 施設の所在地 | 名古屋市　　　　区 |
| 施設の名称、屋号又商号 |  |
| 営業者の住所 |  |
| 営業者の氏名 |  |
| 営業の種類 |  |
| 許可年月日・番号 | 年　　月　　日　　指令　　　　第　　　　号 |
| 許可の有効期間その他の条件 | 年　　月　　日から　　　　　年　　月　　日まで |
|  |  |  |  |  |  |
| 手数料収入印 |  | 収受印 |  |

様式第１０号