|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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