

大牟田市移動販売営業許可書再交付申請書

年 月 日

大牟田市保健所長 様

住所

氏名

印

年 月 日生

〔法人にあつては、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名〕

下記の許可書を亡失(き損)しましたので、福岡県食品取扱条例第6条第2項の規定により再交付を申請します。

記

1 営業の種類

2 許可年月日 年 月 日

3 許可番号 第 号

4 許可期限 年 月 日から  
年 月 日まで

5 事由