年　　月　　日

（宛先）山形市保健所長

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者  （法人にあっては、  主たる事務所の所在地、  名称及び代表者） | 住所 | 〒  電話番号 |
| フリガナ |  |
| 氏名 |  |

書換交付申請書

次のとおり山形市食品衛生法の施行等に関する規則第１２条の規定により、書換交付を申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 営業所 | フ　リ　ガ　ナ |  |
| 名称、屋号又は商号 |  |
| 所 在 地 | 〒  　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 |
| 営業又は  届出の種類 | |  |
| 現に受けている  営業許可 | | 許可年月日　　　　　　年　　　　月　　　　日  許可番号 |
| 書換理由 | |  |

注　当該許可証、許可済証又は届出済証を添付すること。