|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 食品営業許可証書換え交付申請書  年　　月　　日  　愛知県瀬戸保健所長殿  住　　　所  氏　　　名  名称及び  代表者氏名  　 愛知県食品衛生規則第３条の規定により、次のとおり申請します。 | | | | |
| 営業所の所在地 | |  | | |
| 営業所の名称、屋号又は商号 | |  | | |
| 変更事項 | |  | | |
| (１)変　　　 更 　　　前 | |  | | |
| (２)変　　　 更 　　　後 | |  | | |
| 変更年月日 | | 年　　　月　　　日 | | |
| 変更理由 | |  | | |
| 変更を生じた営業許可の番号及びその年月日 | | 営　業　の　種　類 | 備　　　　　考 | |
| １ | 瀬保第　　―　　　号  年　　月　　日 |  | |  |
| ２ | 瀬保第 　―　 号  年　　月　　日 |  | |  |
| ３ | 瀬保第　 ―　 号  年　　月　　日 |  | |  |
| ４ | 瀬保第　 ―　 号  年　　月　　日 |  | |  |
| ５ | 瀬保第　 ―　 号  年　　月　　日 |  | |  |

備考　用紙の大きさは、日本産業規格Ａ４とする。