

文書番号

1

2

3

4

5

平成 年 月 日

品川区保健所長 あて

郵便番号

電話番号

住所

フリガナ  
氏名

大・昭・平 年 月 日生

〔 法人にあっては、法人の名称、主たる  
事務所の所在地及び代表者の氏名 〕

## 営業許可申請書（新・継続）

食品製造業等取締条例〔第5条・第5条の3〕の規定により次のとおり申請します。

営業所の所在地	東京都品川区	電話番号
営業所の名称等		
営業設備の概要	別紙のとおり	
許可番号及び許可年月日	営業の種類	備考
1 年 月 号日		
2 年 月 号日		
3 年 月 号日		
4 年 月 号日		
5 年 月 号日		

- (注意) 1 許可番号の欄は、継続許可の場合に、現に受けている許可の番号及び年月日を記載してください。  
2 弁当等人力販売業は、営業所の所在地の代わりに主たる営業地を記載してください。

営業の種類	資格	栄・調・製・食鳥・船舶・食管・食監・養講・補講・その他( )
食品衛生責任者		年 月 日 第 号
営業の種類	資格	栄・調・製・食鳥・船舶・食管・食監・養講・補講・その他( )
食品衛生責任者		年 月 日 第 号

保健所収受印

料金収納済印

手数料印

注・申請者は右の太線の中だけ記載して下さい。

(注) 氏名(法人の場合は、法人の名称・所在地・代表者の氏名)・営業所の所在地・営業所の電話番号・営業所の名称は閲覧申請に基づき開示されます。