**紛　失　届**

**年　　月　　日**

**千葉県習志野保健所長　様**

**住　　所**

**氏　　名**

法人にあっては、名称、主たる事務所の

所在地及び代表者の氏名

 **生年月日**

**下記の食品営業許可証を紛失いたしましたので、お届けします。**

**なお、今後このようなことのないよう注意いたします。**

|  |  |
| --- | --- |
| **１　営業の種類** |  |
| **２　営業所の名称****屋号又は商号** |  |
| **３　営業所所在地** |  |
| **４　現に交付を受けて****いる営業許可の番号****及びその年月日** | **第　　　　　－　 　　　　号****年　　　月　　　日** |
| **５　営業許可期限** | **年　　　月　　　日** |
| **６　備考****（許可条件等）** |  |