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）	