

# 営業許可有効期限短縮願

年 月 日

(あて先) 福岡市 保健所長

住 所

氏 名

(法人にあつては、その名称、主たる事務所の所在地及び代表者の氏名)

次の営業については、更新時期の統一のため営業許可の有効期限を短縮したいので申し出ます。

| 営業所所在地 | 営業所の名称、<br>屋号又は商号 | 営業の種類 | 現に受けている営業許可<br>の番号及び許可期限 |
|--------|-------------------|-------|--------------------------|
|        |                   |       | 第 年 月 日<br>令和            |
|        |                   |       | 第 年 月 日<br>令和            |
|        |                   |       | 第 年 月 日<br>令和            |
|        |                   |       | 第 年 月 日<br>令和            |
|        |                   |       | 第 年 月 日<br>令和            |

|                  |            |
|------------------|------------|
| 短縮後の営業<br>許可有効期限 | 令和 年 月 日まで |
|------------------|------------|