

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

(法人にあっては、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、 屋 号 又 は 商 号	営 業 の 種 類	現に受けている営業許可 の 番 号 及 び 許 可 期 限
			第 号 令和 年 月 日
			第 号 令和 年 月 日
			第 号 令和 年 月 日
			第 号 令和 年 月 日
			第 号 令和 年 月 日

短 縮 後 の 営 業 許 可 有 効 期 限	令和 年 月 日まで
----------------------------	------------