**営業再開届**

年　　月　　日

盛岡市保健所長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　営業者　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（電話　　　－　　　－　　　）

法人にあっては、その名称、

所在地及び代表者の氏名

年　　月　　日付けで届出した営業停止について、次のとおり営業を再開しますので届け出ます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 営業施設 | 名称 | フリガナ |
|  |
| 所在地 | 盛岡市 |
| 許可の種類 | |  |
| 許可年月日及び番号 | |  |
| 営業再開年月日 | | 年　　月　　日 |
| 営業再開理由 | |  |

（Ａ４）