（様式１）

営　業　計　画　書

年　　月　　日

福井県　　保健所長　様

住　所

申請者

氏　名

法人にあっては、法人の名称、主たる事務所の所在地および代表者の氏名

このことについて、下記のとおり提出します。

記

営　業　期　間	備考（催事の名称等）
年　　月　　日～ 年　　月　　日	
年　　月　　日～ 年　　月　　日	
年　　月　　日～ 年　　月　　日	
年　　月　　日～ 年　　月　　日	
年　　月　　日～ 年　　月　　日	
年　　月　　日～ 年　　月　　日	