个体工商户恢复正常状态申请表

附件2

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 名 称 |  | | |
| 注册号 |  | | |
| 经营者 |  | | |
| 经营场所 |  | | |
| 联系人 |  | 联系电话 |  |
| 经营异常状态标记时间  及情形 |  | | |
| 申请恢复正常状态理由 |  | | |
| 证明材料 |  | | |
| 备注 |  | | |

经营者签名：

年 月 日

注：1.证明材料如提供书式材料或填写的内容较多，请逐条简要填写，具体材料附后。

2.标记时间及情形按公示系统“经营异常信息”中内容填写。