

1		2		3				
---	--	---	--	---	--	--	--	--

様式第 1 2

宛先 東大阪市保健所長

届出営業変更届出書

食品衛生法施行規則第 7 1 条の規定に基づき次のとおり関係書類を提出します。

※ 以下の情報は「官民データ活用推進基本法」の目的に沿って、オープンデータとして公開される場合があります。

申請者の氏名等のオープンデータに不都合がある場合は、次の欄にチェックしてください。(□)

ただし、届出者氏名、施設の所在地、施設の名称、営業の形態については、チェックの有無にかかわらず公開される場合があります。

申請者情報	電子メールアドレス：		法人番号：		
	郵便番号：	電話番号：	FAX番号：		
	届出者住所 ※法人にあっては、法人所在地				
	(ふりがな)			(生年月日：個大のみ必須)	
	届出者氏名 ※法人にあっては、その名称並びに代表者の肩書及び氏名			年 月 日生	
営業施設情報	電子メールアドレス：		法人番号：		
	郵便番号：	電話番号：	FAX番号：		
	施設の所在地				
	(ふりがな)				
	施設の名称、屋号又は商号				
	(ふりがな)		資格の種類 11～19管理者()□ 21栄養士□ 22調理師□ 23製菓衛生師□ 38養成講習会受講(大阪R2.10～)□ その他()□ 30旧養成講習会□ 25指導員講習会(大阪R1まで)□ その他()□ 39他自治体養成講習会受講者()□ 未取得□ (講習会未受講□ 旧資格()□)		
	食品衛生責任者の氏名				
	主として取り扱う食品、添加物、器具又は容器包装				
	自動販売機の型番				
	指定成分等含有食品を取り扱う施設		□		
輸出食品取扱施設		□			
※この申請等の情報は、国の事務に必要な限度において、輸出時の要件確認等のために使用します。					
営業届出	営業の形態			備考	
	1				
	2				
	3				
担当者	(ふりがな)			電話番号	
	担当者氏名				

受付()		
-------	--	--