

1		2		3		4		5	
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--

年 月 日

様式第14

宛先 東大阪市保健所長

許可営業廃業届出書

食品衛生法施行規則第71条の2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、食品営業許可証に記載されている事項については、チェックの有無にかかわらず公開されます。

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：			
	申請者住所 ※法人にあっては、法人所在地			
(ふりがな)			(生年月日：個人のみ必須)	
申請者氏名 ※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				
廃業年月日		年 月 日		
添付書類	<input type="checkbox"/> 食品営業許可証		<input type="checkbox"/> てん末書 (申し立て書)	
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
営業許可業種	許可番号及び許可年月日	営業の種類		備考
	1	年 月 日		
	2	年 月 日		
	3	年 月 日		
	4	年 月 日		
	5	年 月 日		
担当者	(ふりがな)		電話番号	
	担当者氏名			
備考				

	受付()	
--	-------	--