

月 日( ) 時～ 時・未

処理コード

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

年 月 日

様式第11

宛先 東大阪市保健所長

## 許可営業変更届出書

食品衛生法施行規則第71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、食品営業許可証に記載されている事項及び施設電話番号については、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 ※法人にあつては、法人所在地			
	(ふりがな)		(生年月日：個人のみ必須)	
申請者氏名 ※法人にあつては、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)			
	食品衛生責任者の氏名		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( )□)	
	主として取り扱う食品、添加物、器具又は容器包装		自由記載	
	自動販売機、全自動調理機の型番		業態	
HACCPの取組		※引き続き営業許可を受けようとする場合に限る。 ただし、複合型そうざい製造業、複合型冷凍食品製造業の場合は新規の場合を含む。 <input type="checkbox"/> HACCPに基づく衛生管理 <input type="checkbox"/> HACCPの考え方を取り入れた衛生管理		
指定成分等含有食品を取り扱う施設		<input type="checkbox"/>		
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。		<input type="checkbox"/>		
担当者	(ふりがな)		電話番号	
	担当者氏名			

受付( )		
-------	--	--

◎裏面も記入してください。

