

処理コード

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

年 月 日

様式第 1 4

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 7 1 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 ※法人にあつては、法人所在地					
営業施設情報	(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		
	電子メールアドレス：					
営業施設情報	郵便番号：		電話番号：			
	FAX番号：					
	施設の所在地					
	(ふりがな)					
添付書類	施設の名称、屋号又は商号					
	廃業年月日					
	年 月 日					
	☐ 食品営業許可証 ☐ てん末書（申し立て書）					
営業許可業種	許可の番号及び許可年月日		営 業 の 種 類		備考	
	1	東大阪健保食第 号				
		年 月 日				
	2	東大阪健保食第 号				
		年 月 日				
	3	東大阪健保食第 号				
	年 月 日					
担当者	4	東大阪健保食第 号				
		年 月 日				
	5	東大阪健保食第 号				
		年 月 日				
備考	(ふりがな)				電話番号	
	担当者氏名					

受 付()

--	--	--