

処理コード

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

様式第 1 2

年 月 日

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 ※法人にあつては、法人所在地			
	(ふりがな)		(生年月日：個大のみ必須)	
営 業 施 設 情 報	届出者氏名 ※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：			
	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	
	食品衛生責任者の氏名 ※合成樹脂が使用された器具又は容器包装を製造する営業者を除く。		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	
自動販売機の型番		業態		
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()		私(申請者)は、代替文字の使用に同意します。 □ 同意する場合は、□欄にチェックしてください。 代替文字の使用とは: 申請や届出の際に使用する文字について、コンピュータ入力および許可証等への出力に際して、正確に表示されない文字の代わりに置き換える文字を使用することです。
--------	--	---