

施設番号		受付確認	
------	--	------	--

国家戦略特別区域外国人滞在施設経営事業変更届出書

平成 年 月 日

大阪市保健所長

届出者住所（法人の場合は事務所の所在地）  
〒 -

届出者氏名（法人の場合は名称及び代表者の氏名）

（公開している又は公開する予定の電話番号）

国家戦略特別区域法第13条第7項の規定により、次のとおり届出をします。

施設名称	
施設所在地	〒 - ビル名 階 号 大阪市 区
特定認定の年月日	
変更の内容	
変更の理由	
変更の年月日	平成 年 月 日

提出部数 2部（正・写） 添付書類 2部（正・写） ・住所、氏名変更の場合 定款又は寄附行為及び登記事項証明書（法人の場合） 住民票の写し（個人の場合） ・その他変更内容が明確となる書類	保健所受付印
	連絡先電話番号

公開している又は公開する予定の電話番号：インターネット、電話帳、看板等により広く知らせている電話番号  
 注意 ・届出は変更があった日から10日以内に提出すること 期限遵守指導済  
 ・郵送による受付はできませんのでご注意ください。