

施設番号

国家戦略特別区域外国人滞在施設経営事業廃止届出書

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）

印

（氏名自署の場合は押印省略可）

厚生労働省関係国家戦略特別区域法施行規則第16条の規定により、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	
廃止の理由	
廃止の年月日	平成 年 月 日

提出部数 2部（正・写）  
添付書類  
特定認定書（原本）

保健所受付印

連絡先電話番号

注意 ・届出は、廃止した日から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