

受付入力

休業・営業再開 届出書

年 月 日

大阪市保健所長

届出者

(営業者) 氏名: \_\_\_\_\_ 印

大阪市食品衛生法施行条例第6条の規定により、次のとおり届け出ます。

記

1 営業者	住所				
	氏名				
2 営業所所在地	大阪市 _____ 区 ビル又はマンション				
3 営業所名称・営業の種類	営業所名称 (屋号又は商号)	営業の種類	指令番号及び許可年月日 * 施設番号		
	①		大保食第 _____ 号 _____ 年 月 日 *		
	②		大保食第 _____ 号 _____ 年 月 日 *		
	③		大保食第 _____ 号 _____ 年 月 日 *		
	④		大保食第 _____ 号 _____ 年 月 日 *		
4 休業の期間	_____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日				
5 営業再開年月日	_____ 年 月 日				
<p>注意 ●太線枠内に、インク等を用いて楷書ではっきりと記載すること ●*印の欄は、記載しないこと</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●現に受けている許可証を添付すること</li> <li>●休業届の場合は、1～3及び4を記載すること</li> <li>●営業再開届の場合は、1～3及び5を記載すること</li> </ul> <p>上記届出書を受理します。</p>					
起案	_____ 年 月 日		決裁	_____ 年 月 日	
決裁欄	所長	課長・課長代理	係長	担当者	受付者
					保健所受付印