

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						
		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				
3 営業所名称・営業の種類	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"> ●現に受けている許可証を添付すること ●休業届の場合は、1～3及び4を記載すること ●営業再開届の場合は、1～3及び5を記載すること <p>上記届出書を受理します。</p>								
起案		年 月 日		決裁		年 月 日		保健所 受付印
決裁欄	所長	課長・課長代理		係長	担当者	受付者		