

受付入力

廃業届出書

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 廃業年月日	年 月 日
---------	-------

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  
●届出者(営業者)が自署の場合、押印を省略することができる ●現に受けている許可証を添付すること  
●営業者の死亡、破産、法人の解散のときについて、戸籍謄本等の確認書類が必要です

上記届出書を受理します。

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