

施設番号

様式2号

食品衛生管理者廃止届出書

年 月 日

大阪市保健所長

届出者 住所：
(営業者)

氏名：

法人にあつては、その名称、主たる事務所
の所在地及び代表者の氏名

大阪市食品衛生法施行条例第6条第3項の規定により、次のとおり届け出ます。

記

営 業 所 名 称

営 業 所 所 在 地

大阪市 区

令第13条に規定する
食品又は添加物の別廃止した食品衛生管理者
の住所、氏名及び生年月
日

住所

氏名

生年月日

年

月

日

廃 止 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
●届出者が自署の場合、押印を省略することができる。

上記届出書を受理します。

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