　　様式９

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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）    　℡  　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 | 年　　　月　　　日 | | | |
| * 添付すべき認定書を紛失しました。認定書を発見した場合は、   速やかに保健所長へ返還することを誓約します。 | | | |
| ◎提出部数　　２部（正・写）  　◎添付書類  　　　特定認定書（原本）  変更認定書（原本）【該当する場合】  個人事業者が死亡した場合は戸籍謄本又は除籍謄本 | | | | 保健所受付印 |
|  |
| 連絡先電話番号 |
| ・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  ・行政書士法等行政手続きに関する法令等を遵守すること。 | | | | |