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。 |