

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）

〒 ー

届出者氏名（法人の場合は名称及び代表者の氏名）

TEL

次のとおり届出をします。

施設名称	
施設所在地	〒 ー 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
	<input type="checkbox"/> 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 ・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。	

 期限遵守指導済