

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）

Tel

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			
	<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