

施設番号		受付確認	
------	--	------	--

国家戦略特別区域外国人滞在施設経営事業変更届出書

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

※（公開している又は公開する予定の電話番号）

国家戦略特別区域法第13条第8項の規定により、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	
変更の内容	
変更の理由	
変更の年月日	年 月 日

◎提出部数 2部（正・写）

◎添付書類 2部（正・写）

- ・住所、氏名変更の場合
定款又は寄附行為及び登記事項証明書
（法人の場合）（役員等の名簿も添付すること）
住民票の写し（個人の場合）
- ・その他変更内容が明確となる書類

保健所受付印

連絡先電話番号

※ 公開している又は公開する予定の電話番号：インターネット、電話帳、看板等により広く知らせている電話番号
届出は変更があった日から10日以内に提出すること 期限遵守指導済
郵送による受付はできませんのでご注意ください。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。