

年 月 日

整理番号：

施設番号：

※届出者による記載は不要です。

大 阪 市 長

廃 業 届 出 書

(食品衛生法施行規則第71条の2・大阪市食品衛生法施行条例第6条第2項)の規定により、次のとおり届出します。

| | | | |
|---------------------------------|------------------------|-----------|-----------------------------|
| 申請者・届出者情報 | 郵便番号： | 電話番号： | FAX番号： |
| | 電子メールアドレス： | | 法人番号： |
| | 申請者・届出者住所 ※法人にあつては、所在地 | | |
| | (ふりがな) | (生年月日) | ※申請者・届出者が個人の場合 |
| 申請者・届出者氏名 ※法人にあつては、その名称及び代表者の氏名 | | 年 月 日生 | |
| 営業施設情報 | 郵便番号： | 電話番号： | FAX番号： |
| | 電子メールアドレス： | | |
| | 施設の所在地 | | |
| | (ふりがな) | | |
| | 施設の名称、屋号又は商号 | | |
| 自動販売機の型番 | | 業態 | |
| 営業許可 | 許可番号及び許可年月日 | 営 業 の 種 類 | 備考 (自動車による営業の場合は自動車登録番号を記載) |
| | 1 大保食第 号 年 月 日 | | |
| | 2 大保食第 号 年 月 日 | | |
| | 3 大保食第 号 年 月 日 | | |
| | 4 大保食第 号 年 月 日 | | |
| 営業届出 | 営 業 の 形 態 | | 備考 (自動車による営業の場合は自動車登録番号を記載) |
| | 1 | | |
| | 2 | | |
| | 3 | | |
| 廃業年月日 | | 年 月 日 | |
| 担当者 | (ふりがな) 担当者氏名 | 電話番号 | |
| 備考 | | | |

上記届出書を受理します。

| | | | | | | |
|-----|-------|---------|----|-------|-----|--------|
| 起案 | 年 月 日 | | 決裁 | 年 月 日 | | 保健所受付印 |
| 決裁欄 | 所長 | 課長・課長代理 | 係長 | 担当者 | 受付者 | |
| | | | | | | |

●現に受けている許可証を添付すること ●廃業の理由が営業者の死亡、破産、法人の解散による場合は、戸籍謄本等の確認書類を添付すること
●廃業の理由が営業者の死亡、破産又は法人の解散による場合は、備考欄にその旨と廃業の届出者の氏名及び連絡先を記入すること