

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 ※法人にあっては、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 ※法人にあっては、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      | 許可の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<br>年 月 日 |           |    |                            |  |
|           | 2                               | 大保食第 号<br>年 月 日 |           |    |                            |  |
|           | 3                               | 大保食第 号<br>年 月 日 |           |    |                            |  |
|           | 4                               | 大保食第 号<br>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)<br>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