

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 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