

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)	電話番号	
	担当者氏名		
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