

年 月 日
施設番号：
※届出者による記載は不要です。

大阪市保健所長

休業・営業再開届出書

大阪市食品衛生法施行条例第6条第1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
	1 大保食第 号 年 月 日		(自動車による営業の場合は自動車登録番号)
	2 大保食第 号 年 月 日		(自動車による営業の場合は自動車登録番号)
	3 大保食第 号 年 月 日		(自動車による営業の場合は自動車登録番号)
	4 大保食第 号 年 月 日		(自動車による営業の場合は自動車登録番号)
営業届出	営業の形態		備考
	1		(自動車による営業の場合は自動車登録番号)
	2		(自動車による営業の場合は自動車登録番号)
	3		(自動車による営業の場合は自動車登録番号)
休業の期間		年 月 日 ~ 年 月 日	
営業再開年月日		年 月 日	
担当者	(ふりがな)	電話番号	
	担当者氏名		

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