

食品衛生法施行に関する要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、食品衛生法（昭和22年法律第233号。以下「法」という。）及び食品衛生法施行規則（昭和22年厚生省令第23号。以下「省令」という。）の施行に関し、大阪市食品衛生法施行条例（平成12年大阪市条例第50号。以下「条例」という。）及び大阪市食品衛生法施行細則（昭和31年大阪市規則第73号。以下「細則」という。）に定めるもののほか、必要な事項を定めるものとする。

(水質検査の結果を証する書類)

第2条 省令第67条第5号に規定する水質検査の結果を証する書類は、次の各号に掲げる要件を満たすものとする。

- (1) 施設で使用する水について実施したものであること
- (2) 1年以内に実施したものであること
- (3) 検査項目は次のとおりであること。ただし、水源の状況等によっては検査項目の一部を省略することができる。
 - 一般細菌、大腸菌群、カドミウム、水銀、鉛、ヒ素、六価クロム、シアノ（シアノイオン及び塩化シアノ）、硝酸性窒素及び亜硝酸性窒素、フッ素、有機リン、亜鉛、鉄、銅、マンガン、塩素イオン、カルシウム・マグネシウム（硬度）、蒸発残留物、陰イオン界面活性剤、フェノール類、有機物等、pH値、味、臭気、色度、濁度

- (4) 次のいずれかに該当する機関において行ったものであること

- イ 国公立衛生検査機関
- ロ 法第4条第9項に規定する登録検査機関
- ハ 水道法（昭和32年法律第177号）第20条第3項の規定に基づき地方公共団体の機関又は国土交通大臣及び環境大臣の登録を受けた機関
- ニ 建築物における衛生的環境の確保に関する法律（昭和45年法律第20号）第12条の2第1項第4号の規定に基づき、都道府県知事に建築物における飲料水の水質検査を行う事業者として登録した機関

(飲用に適する水の基準)

第3条 省令別表第17第4号イに規定する飲用に適する水は、食品、添加物等の規格基準（昭和34年厚生省告示第370号）第1 食品の部B 食品一般の製造、加工及び調理基準の項の5の表に掲げる基準に適合するものでなければならない。

(ふぐ処理者)

第4条 省令別表第17第1号へに規定するふぐの種類の鑑別に関する知識及び有毒部位を除去する技術等を有すると市長が認める者は、大阪府ふぐ処理登録者の規制に関する条例（昭和59年大阪府条例第44号）第2条第2号に規定するふぐ処理登録者とする。

(生食用食肉取扱者)

第5条 生食用食肉（「食品、添加物等の規格基準」（昭和34年厚生省告示第370号）第1食品の部D各条の項の生食用食肉（牛の食肉（内臓を除く。以下この目において同じ。）であって、生食用として販売するものに限る。以下この目において同じ。）の目（以下「生食用食肉規格基準」という。）に規定する生食用食肉をいう。以下同じ。）を取り扱う者として市長が適切と認める者は、次の各号に掲げるいずれかに該当する者（生食用食肉規格基準に規定する生食用食肉の加工基準が適用される場合にあっては、第3号に掲げる者を除く。）とする。

- (1) 市長が指定する講習の課程を修了した者
- (2) 都道府県知事、他の保健所を設置する市の市長又は特別区の区長が実施し、又は指定する講習を受けた者のうち、市長が生食用食肉を取り扱う者として適切と認める者
- (3) 省令別表第17第1号イに規定する食品衛生責任者である者

(許可証)

第6条 条例第3条に規定する許可証は、様式第1号によるものとする。

(様式)

第7条 細則第5条の規定により市長又は保健所長に提出する別表左欄に掲げる申請書及び届出書の様式は、それぞれ同表の右欄に掲げる様式とする。

(雑則)

第8条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は別に定める。

附 則（令和3年5月31日）

この要綱は、令和3年6月1日から施行する。

附 則（令和5年12月12日）

- 1 この要綱は、令和5年12月13日から施行する。
- 2 この要綱の施行日前に営業の譲渡があった場合における当該営業を譲り受けた者が行う営業許可の申請の際に提出する申請書の様式は、なお従前の例による。

附 則（令和6年3月27日）

この要綱は、令和6年4月1日から施行する。

附 則（令和6年10月3日）

この要綱は、令和6年10月3日から施行する。

附 則（令和7年3月28日）

この要綱は、令和7年4月1日から施行する。

別表（第7条関係）

項	左欄	右欄
1	指定成分等含有食品健康被害情報届出書（法第8条第1項の規定による届出をする書面をいう。）	様式第2号
2	製品検査申請書（法第25条第1項の規定による検査の申請をする書面をいう。）	様式第3号
3	製品検査申請書（法第26条第1項の規定による検査の申請をする書面をいう。）	様式第4号
4	食品衛生管理者（選任・変更）届（法第48条第8項の規定による届出をする書面をいう。）	様式第5号
5	営業許可申請書・営業届出書（法第55条第1項の規定により許可の申請及び法第57条第1項の規定による届出をする書面をいう。）	様式第6号
6	地位承継届出書（法第56条第2項及び第57条第2項の規定による届出をする書面をいう。）	様式第7号
7	自主回収届出書（法第58条第1項の規定による届出をする書面をいう。）	様式第8号
8	営業許可申請事項・届出事項の変更届出書（省令第71条の規定による届出をする書面をいう。）	様式第9号
9	廃業届出書（省令第71条の2及び条例第6条第2項の規定による届出をする書面をいう。）	様式第10号
10	自主回収届出事項変更届出書（食品衛生法第58条第1項に規定する食品衛生上の危害が発生するおそれがない場合等を定める命令（令和元年内閣府・厚生労働省令第11号。以下「共同命令」という。）第3条の規定による届出をする書面をいう。）	様式第11号
11	自主回収終了届出書（共同命令第4条の規定による届出をする書面をいう。）	様式第12号
12	営業許可証再交付申請書（条例第3条第4項の規定により許可証の再交付を受けようとする申請をする書面をいう。）	様式第13号
13	ふぐ処理施設届出書（条例第5条第1項の規定による届出をする書面をいう。）	様式第14号
14	ふぐ処理施設変更届出書（条例第5条第1項の規定による届出をする書面をいう。）	様式第15号
15	ふぐ処理施設廃止届出書（条例第5条第2項の規定による届出をする書面をいう。）	様式第16号
16	生食用食肉取扱施設届出書（条例第5条第3項の規定による届出をする書面をいう。）	様式第17号
17	生食用食肉取扱施設変更届出書（条例第5条第3項の規定による届出をする書面をいう。）	様式第18号

18	生食用食肉取扱施設廃止届出書（条例第5条第4項の規定による届出をする書面をいう。）	様式第19号
19	休業・営業再開届出書（条例第6条第1項の規定による届出をする書面をいう。）	様式第20号
20	食品衛生管理者廃止届（条例第6条第3項の規定による届出をする書面をいう。）	様式第21号

許可証

當業者の氏名
(法人にあっては、その名称)

當業所所在地

當業所名称
(屋号又は商号)

當業の種類

許可年月日及び番号

許可条件

1 この許可の有効期間は、 年 月 日から 年 月 日までとする。

食品衛生法第55条第1項の規定により頭書のとおり許可を受けていることを証明する。

年 月 日

大阪市長

市長印

(施設番号：)

指定成分等含有食品健康被害情報届出書

年 月 日

大阪市保健所長 様

住所

氏名

(法人にあっては、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名)

(製造・輸入・加工・販売) した指定成分等含有食品による健康被害情報を得ましたので、食品衛生法第8条第1項の規定により、次のとおり届出します。

記

- 1 指定成分等含有食品が人の健康に被害を生じ、又は生じさせるおそれがある旨の情報を得た日
- 2 指定成分等含有食品の製品名
- 3 指定成分等の含有量

(添付書類)

健康食品の摂取に伴う健康被害情報提供票

※製品の特定が的確になるよう別添資料として製品に関する画像を添付すること
※必要と考えられる参考資料や追加情報があれば適宜添付しても差し支えない。

【別紙様式】(1) 事業者が情報提供者への聞き取りにあたって使用する様式

健康食品の摂取に伴う健康被害情報提供票			送付枚数
会社名 (報告者氏名)		都道府県名 (保健所名)	入力不要
所在地			
電話番号 FAX番号		情報受付日	_____年_____月_____日
情報提供者	<input type="checkbox"/> 摂取者本人 <input type="checkbox"/> 摂取者の家族等 <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> その他 ()		

* 該当する健康食品にチェックしてください。

特定保健用食品 機能性表示食品 栄養機能食品 その他のいわゆる健康食品

該当箇所にチェックまたは空欄に記入してください(複数回答可)。

「指定成分等含有食品、機能性表示食品及び特定保健用食品」の場合、*のついている項目は必須ですので必ず記入し、それ以外の項目においては、可能な範囲で情報を収集してください。

「他のいわゆる健康食品」においては、可能な範囲で情報を収集してください。

<p>*以下のいずれかの健康食品である -指定成分等含有食品 -機能性表示食品 -特定保健用食品</p>	<input type="radio"/> はい	* 指定成分又は関与成分等名:	
		* (指定成分等含有食品の場合)指定成分及び管理成分等の1日摂取目安量(μg/mg/g):	
		* (機能性表示食品又は特定保健用食品の場合)1日摂取目安量:	
	<input type="radio"/> いいえ(他のいわゆる健康食品)		
	<input type="radio"/> 不明		

1. 症状

<p>* 症状・主訴</p>	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> かゆみ・発疹 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 不正性器出血 <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 吐気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 黄疸 <input type="checkbox"/> 月経不順
	<input type="checkbox"/> 臨床検査値の異常 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> 具体的な訴え: </div>
	<input type="checkbox"/> その他 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> 具体的な項目: (手足の浮腫・動悸・息切れ、体の痛み・めまい・ふらつきなどの症状がある場合はこちらに記載ください。その他気になる症状がある場合も記載ください) </div>
* 症状発現日	_____年_____月_____日(頃) または 摂取 _____日(頃) その他() <input type="checkbox"/> 不明

2. 該当する製品情報

* 製品名	<input type="checkbox"/> 不明		
* 製品形状	<input type="checkbox"/> 錠剤 <input type="checkbox"/> カプセル <input type="checkbox"/> ドリンク <input type="checkbox"/> 粉末 <input type="checkbox"/> その他 ()		
購入日	_____年____月____日 その他()	消費/賞味期限	_____年____月____日 その他()
* ロット番号	<input type="checkbox"/> 不明 (理由:)		
* 原材料名・含有量・配合量(全て記入)	<input type="checkbox"/> 不明		
1日当たり摂取目安量(mg)	<input type="checkbox"/> 不明		
* (機能性表示食品又は特定保健用食品の場合)届出番号又は許可番号	(機能性表示食品及び特定保健用食品の場合は届出番号又は許可番号を記載ください) <input type="checkbox"/> 不明		
当該製品の有無*(摂取した製品が手元に残っているかどうか)	<p>※原材料名・含有量等については、別添資料を添付することで記載省略可</p> <p><input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし</p>		

※製品の特定が的確になるよう別添資料として製品に関する画像を添付することが望ましい。

3. 摂取者および摂取状況に関する情報

* 個人情報(氏名・連絡先)について行政への提供を		<input type="radio"/> 同意する <input type="radio"/> 同意しない																																									
※同意が得られない場合は、氏名、連絡先は記入せず、備考欄にその理由を可能な範囲で記入すること。																																											
氏名		連絡先																																									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">性別</td> <td style="width: 90%; text-align: center;"><input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女 <input type="radio"/> 不明</td> </tr> <tr> <td>年齢</td> <td style="text-align: center;"> <input type="radio"/> 10歳未満 <input type="radio"/> 10歳代 <input type="radio"/> 20歳代 <input type="radio"/> 30歳代 <input type="radio"/> 40歳代 <input type="radio"/> 50歳代 <input type="radio"/> 60歳代 <input type="radio"/> 70歳代 <input type="radio"/> 80歳代 <input type="radio"/> 90歳代 <input type="radio"/> 100歳以上 <input type="radio"/> 不明 </td> </tr> <tr> <td>当該製品の入手方法</td> <td style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 店頭販売 <input type="checkbox"/> (ネット)通販 <input type="checkbox"/> 訪問販売 <input type="checkbox"/> 個人輸入 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 不明 </td> </tr> <tr> <td>* 使用開始日</td> <td style="text-align: center;"> _____年____月____日 <input type="checkbox"/> 不明 その他() </td> <td style="text-align: center;"> _____年____月____日 <input type="checkbox"/> 不明 その他() </td> </tr> <tr> <td>* 1日摂取量</td> <td colspan="2" style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 使用方法のとおり <input type="checkbox"/> 少量 (具体的に:) <input type="checkbox"/> 過量 (具体的に:) <input type="checkbox"/> その他 (具体的に:) <input type="checkbox"/> 不明 (具体的に:) </td> </tr> <tr> <td>* 症状発現後の使用状況・症状</td> <td colspan="2" style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 中止 → 中止後に症状改善: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 中止後再使用 → 再使用で症状再発: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 減量 → 減量後に症状改善: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 増量 → 増量後に症状悪化: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 繼続 <input type="checkbox"/> 不明 </td> </tr> <tr> <td>* 併用している他の健康食品</td> <td colspan="2" style="text-align: center;"><input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明</td> </tr> <tr> <td rowspan="11" style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">ある場合</td> <th style="text-align: center;">製品名</th> <th style="text-align: center;">製造者名</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">①</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">②</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">③</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">④</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">⑤</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">⑥</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">⑦</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">⑧</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">⑨</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">⑩</td> <td></td> </tr> </table>			性別	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女 <input type="radio"/> 不明	年齢	<input type="radio"/> 10歳未満 <input type="radio"/> 10歳代 <input type="radio"/> 20歳代 <input type="radio"/> 30歳代 <input type="radio"/> 40歳代 <input type="radio"/> 50歳代 <input type="radio"/> 60歳代 <input type="radio"/> 70歳代 <input type="radio"/> 80歳代 <input type="radio"/> 90歳代 <input type="radio"/> 100歳以上 <input type="radio"/> 不明	当該製品の入手方法	<input type="checkbox"/> 店頭販売 <input type="checkbox"/> (ネット)通販 <input type="checkbox"/> 訪問販売 <input type="checkbox"/> 個人輸入 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 不明	* 使用開始日	_____年____月____日 <input type="checkbox"/> 不明 その他()	_____年____月____日 <input type="checkbox"/> 不明 その他()	* 1日摂取量	<input type="checkbox"/> 使用方法のとおり <input type="checkbox"/> 少量 (具体的に:) <input type="checkbox"/> 過量 (具体的に:) <input type="checkbox"/> その他 (具体的に:) <input type="checkbox"/> 不明 (具体的に:)		* 症状発現後の使用状況・症状	<input type="checkbox"/> 中止 → 中止後に症状改善: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 中止後再使用 → 再使用で症状再発: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 減量 → 減量後に症状改善: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 増量 → 増量後に症状悪化: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 繼続 <input type="checkbox"/> 不明		* 併用している他の健康食品	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明		ある場合	製品名	製造者名	①		②		③		④		⑤		⑥		⑦		⑧		⑨		⑩	
性別	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女 <input type="radio"/> 不明																																										
年齢	<input type="radio"/> 10歳未満 <input type="radio"/> 10歳代 <input type="radio"/> 20歳代 <input type="radio"/> 30歳代 <input type="radio"/> 40歳代 <input type="radio"/> 50歳代 <input type="radio"/> 60歳代 <input type="radio"/> 70歳代 <input type="radio"/> 80歳代 <input type="radio"/> 90歳代 <input type="radio"/> 100歳以上 <input type="radio"/> 不明																																										
当該製品の入手方法	<input type="checkbox"/> 店頭販売 <input type="checkbox"/> (ネット)通販 <input type="checkbox"/> 訪問販売 <input type="checkbox"/> 個人輸入 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 不明																																										
* 使用開始日	_____年____月____日 <input type="checkbox"/> 不明 その他()	_____年____月____日 <input type="checkbox"/> 不明 その他()																																									
* 1日摂取量	<input type="checkbox"/> 使用方法のとおり <input type="checkbox"/> 少量 (具体的に:) <input type="checkbox"/> 過量 (具体的に:) <input type="checkbox"/> その他 (具体的に:) <input type="checkbox"/> 不明 (具体的に:)																																										
* 症状発現後の使用状況・症状	<input type="checkbox"/> 中止 → 中止後に症状改善: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 中止後再使用 → 再使用で症状再発: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 減量 → 減量後に症状改善: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 増量 → 増量後に症状悪化: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 繼続 <input type="checkbox"/> 不明																																										
* 併用している他の健康食品	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明																																										
ある場合	製品名	製造者名																																									
	①																																										
	②																																										
	③																																										
	④																																										
	⑤																																										
	⑥																																										
	⑦																																										
	⑧																																										
	⑨																																										
	⑩																																										

4. 受診情報

<p>* 医療機関受診</p> <p>* 今回の症状のために受診した医療機関 (複数ある場合はすべて記載)</p>		<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明	
		医療機関名: _____	受診日: _____
		所在地: _____	
		医療機関名: _____	受診日: _____
		所在地: _____	
<p>他の医療機関 (かかりつけ病院)</p>		医療機関名: _____	受診日: _____
		所在地: _____	

<p>妊娠の有無</p> <p>* 併用している医薬品の詳細</p>		<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明
ある場合	医薬品名	服用目的
	①	
	②	
	③	
	④	
	⑤	
	⑥	
	⑦	
	⑧	
	⑨	
	⑩	
	⑪	
	⑫	
	⑬	
	⑭	
	⑮	

備考欄	<p>* 製品の届出者・申請者が当該報告者と異なる場合は以下について記載ください ①製造者(輸入者)名、②①の住所、③①の電話番号、④販売者名、⑤販売者住所、⑥販売者電話番号</p> <p>(当該製品の販売量(販売開始後の累計及び当該製品と同ロット品)、医薬品成分等の分析結果と同様の苦情の有無を調査している場合には、こちらに記載ください)</p> <p>(既往歴、当該製品の摂取目的を記載ください)</p> <p>(消費/賞味期限切れ、保存状態の不備等に関する補足情報や、本様式に該当箇所がないものの特記すべきが望ましいと判断される情報等(詳細な症状経過等、死因(死亡事例の場合))あれば、こちらに記載してください。)</p>
------------	---

5. 行政への届出状況

* 届け出の状況	<input type="radio"/> 済 →	受診した医師による診断(日付):
<input type="radio"/> 未済		

* (事業者使用欄)

症状		詳細(診断名等)	重篤度	転帰
主な症状 複数選択可	<input type="checkbox"/> 皮膚症状	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="radio"/> 軽微	<input type="radio"/> 自然治癒
	<input type="checkbox"/> 消化器症状		<input type="radio"/> 軽度	<input type="radio"/> 外来治療で治癒
	<input type="checkbox"/> 肝機能障害		<input type="radio"/> 中等度以上	<input type="radio"/> 入院治療で治癒
	<input type="checkbox"/> 腎機能障害		<input type="radio"/> 死亡	<input type="radio"/> 未回復
	<input type="checkbox"/> 呼吸器障害			<input type="radio"/> 不明
	<input type="checkbox"/> 循環器障害			
	<input type="checkbox"/> 神経障害			
	<input type="checkbox"/> 血液障害			
	<input type="checkbox"/> その他			
その他の症状 複数選択可	<input type="checkbox"/> 皮膚症状	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="radio"/> 軽微	<input type="radio"/> 自然治癒
	<input type="checkbox"/> 消化器症状		<input type="radio"/> 軽度	<input type="radio"/> 外来治療で治癒
	<input type="checkbox"/> 肝機能障害		<input type="radio"/> 中等度以上	<input type="radio"/> 入院治療で治癒
	<input type="checkbox"/> 腎機能障害		<input type="radio"/> 死亡	<input type="radio"/> 未回復
	<input type="checkbox"/> 呼吸器障害			<input type="radio"/> 不明
	<input type="checkbox"/> 循環器障害			
	<input type="checkbox"/> 神経障害			
	<input type="checkbox"/> 血液障害			
	<input type="checkbox"/> その他			

重篤度の記載については、次の①から④までを参考に記入すること。ただし、入院治療を受けた場合であって、医師が重篤ではないと判断した症例は、②として取り扱い、一方で、入院治療を受けていない場合であって、医師が重篤と判断した症例は、③として取り扱う。

- ①軽微: 摂取者が、医療機関を受診していない場合
- ②軽度: 摂取者が、医療機関において外来治療を要した場合
- ③中等度以上: 摂取者が、医療機関において入院治療を受けた場合
- ④死亡: 摂取者が、死亡した場合

医師の意見等

製品検査申請書

年 月 日

大阪市長 様

(申請者) 住所

氏名

(法人にあっては、名称、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名)

食品衛生法第25条第1項の規定により、次のとおり申請します。

製品の名称		申請数量	
製造所の名称			
製造所の所在地			
食品衛生管理者の氏名			
製造年月日			
ロット番号			
小分け容器の内容量別個数			
キログラム入	個	グラム入	個
キログラム入	個	グラム入	個
キログラム入	個	グラム入	個
キログラム入	個	グラム入	個
備考			

(添付書類)

製造者において検査を行った場合はその成績

製品検査申請書（検査命令による製品検査用）

年 月 日

大阪市長様

(申請者) 住所

氏名

(法人にあっては、名称、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名)

食品衛生法第26条第1項に規定する検査を受けたいので、次のとおり申請します。

製品の名称	
製造所又は加工所の名称	
製造所又は加工所の所在地	
製造又は加工の年月日	
申請数量 (ロットを形成する申請数)	
試験品の数量	
備考	

(添付書類)

食品衛生法施行令第5条第1項の検査命令書の写し。ただし、同一の命令につき、既に検査の申請を行い、検査命令書の写しが提出されている場合は、添付することを要しない。

年 月 日

大阪市保健所長

整理番号：
施設番号：
※届出者による記載は不要です。

食品衛生管理者（選任・変更）届

下記のとおり、食品衛生管理者を（選任・変更）したので、食品衛生法第48条第8項の規定により届け出ます。（※営業許可申請書・営業届に添付する場合であって、内容が重複する項目（色付き項目）は記載を省略することができます。）

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：
	届出者住所 ※法人にあっては、所在地		
	(ふりがな)		
	届出者氏名 ※法人にあっては、 その名称及び代表者の氏名		※届出者が個人の場合 年 月 日生
営業施設情報	施設の所在地		
	(ふりがな)		
	施設の名称、屋号又は商号		
令第13条に規定する食品 又は添加物の別		①全粉乳（容量が1,400グラム以下である缶に収められたもの） ②加糖粉乳 ⑤魚肉ハム ⑧食用油脂（脱色又は脱臭の過程を経て製造されるもの） ③調製粉乳 ⑥魚肉ソーセージ ⑨マーガリン ⑪添加物（法第13条第1項の規定に より規格が定められたもの） ④食肉製品 ⑦放射線照射食品 ⑩ショートニング	
食品衛生管理者情報	氏名	(ふりがな)	
	住所	年 月 日生	
	職名		
	職種		
	職務内容		
	選任（変更）年月日	年 月 日	
備考		添付書類	<input type="checkbox"/> 履歴書 <input type="checkbox"/> 資格等を証する書面 <input type="checkbox"/> 営業者に対する関係を証する書面
		(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

大阪市長

年 月 日

営業許可申請書（新規・新規（継続）・更新）・営業届出書

食品衛生法（第55条第1項・第57条第1項）の規定により、次のとおり（申請・届出）します。

※以下の情報は「官民データ活用推進基本法」の目的に沿って、原則オープンデータとして公開します。

申請者または届出者の氏名等のオープンデータに不都合がある場合は、次の欄にチェックしてください。（チェック欄：□）

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) 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		(生年月日) ※申請者・届出者が個人の場合 年 月 日生
	郵便番号：	電話番号：	(□ 非公開) 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			
営業施設情報	(ふりがな) 食品衛生責任者の氏名	資格の種類 ※合成樹脂が使用された器具又は容器包装を製造する営業者を除く。	(資格欄の該当番号を記載) 受講した講習会 講習会名称 受講年月日 年 月 日
	資格	1 食品衛生監視員 2 食品衛生管理者 3 調理師 4 製菓衛生師 5 栄養士 6 管理栄養士 7 船舶料理士 8 と畜場法に規定する衛生管理責任者 9 と畜場法に規定する作業衛生責任者 10 食鳥処理衛生管理者 11 市長が実施し、又は適正と認める講習会を受講した者 12 資格なし	
	主として取り扱う食品、添加物、器具又は容器包装		自由記載
	自動販売機の型番		業態
	HACCPの取組	□ HACCPに基づく衛生管理 □ HACCPの考え方を取り入れた衛生管理	※引き続き営業許可を受けようとする場合に限る。 ただし、複合型そうざい製造業、複合型冷凍食品 製造業の場合は新規の場合を含む。
業種に応じた情報	指定成分等含有食品を取り扱う施設		
	輸出食品取扱施設 ※この申請等の情報は、国の事務に必要な限度において、輸出時の要件確認等のために使用します。		
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)	
担当者	(ふりがな) 担当者氏名	電話番号	保健所受付印
	整理番号： 施設番号： (注意) 営業許可申請の場合 ●法人にあっては、登記事項証明書を提示すること ●食品衛生責任者の資格を証する書類を提示すること ●ふぐ処理を行う場合にあっては、ふぐ処理登録者証を提示すること	(※申請者（届出者）による記載は不要です。)	

【裏面：許可のみ】

施設番号：

申請者・届出者情報	法第55条第2項関係		該当には <input checked="" type="checkbox"/>	
	(1) 食品衛生法又は同法に基づく処分に違反して刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなつた日から起算して2年を経過していないこと。			
	(2) 食品衛生法第59条から第61条までの規定により許可を取り消され、その取消しの日から起算して2年を経過していないこと。			
(3) 法人であつて、その業務を行う役員のうちに(1)(2)のいずれかに該当する者があるもの。		<input type="checkbox"/>		
営業施設情報	令第13条に規定する食品又は添加物の別	<input type="checkbox"/> ①全粉乳 (容量が1,400グラム以下である缶に収められたもの) <input type="checkbox"/> ②加糖粉乳 <input type="checkbox"/> ⑤魚肉ハム <input type="checkbox"/> ⑧食用油脂 (脱色又は脱臭の過程を経て製造されるもの) <input type="checkbox"/> ③調製粉乳 <input type="checkbox"/> ⑥魚肉ソーセージ <input type="checkbox"/> ⑨マーガリン <input type="checkbox"/> ⑪添加物 (法第13条第1項の規定により規格が定められたもの) <input type="checkbox"/> ④食肉製品 <input type="checkbox"/> ⑦放射線照射食品 <input type="checkbox"/> ⑩ショートニング		
		(ふりがな)		資格の種類
食品衛生管理者の氏名 ※「食品衛生管理者選任(変更)届」も別途必要		受講した講習会	講習会名称 受講年月日 年 月 日	
使用水の種類		自動車登録番号 ※自動車において調理をする営業の場合		
① 水道水 (<input type="checkbox"/> 水道水 <input type="checkbox"/> 専用水道 <input type="checkbox"/> 簡易専用水道) ② <input type="checkbox"/> ①以外の飲用に適する水				
業種に応じた情報	飲食店のうち簡易飲食店営業の施設	<input type="checkbox"/>	生食用食肉の加工又は調理を行う施設	<input type="checkbox"/>
	ふぐの処理を行う施設	<input type="checkbox"/>		
添付書類	(ふりがな)		登録番号	
	ふぐ処理者氏名 ※ふぐ処理する営業の場合		ふぐ処理登録者登録番号	
営業許可業種	<input type="checkbox"/> 施設の構造及び設備を示す図面 <input type="checkbox"/> (飲用に適する水使用の場合) 水質検査の結果 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
	許可の番号及び許可年月日		営業の種類	備考
	1	大保食第 年 月 日		
	2	大保食第 年 月 日		
	3	大保食第 年 月 日		
4	大保食第 年 月 日			
備考				

大 阪 市 長

年 月 日
 整理番号：
 施設番号：
 ※申請者（届出者）による記載は不要です。

地位承継届出書（譲渡承継・相続承継・合併承継・分割承継）

食品衛生法（第56条第2項・第57条第2項）の規定により、次のとおり届出します。

※以下の情報は「官民データ活用推進基本法」の目的に沿って、原則オープンデータとして公開します。

届出者の氏名等のオープンデータに不都合がある場合は、次の欄にチェックしてください。（チェック欄：□）

※承継する施設が輸出食品取扱施設の場合、申請等の情報は、国の事務に必要な限度において、輸出時の要件確認等のために使用します。

地位を承継する者の情報	郵便番号：	電話番号：	FAX番号：
	電子メールアドレス：		
	届出者住所 ※法人にあっては、所在地 (ふりがな)		
	届出者氏名 ※法人にあっては、その名称及び代表者の氏名 被相続人との続柄		
	譲渡した者	郵便番号：	電話番号：
	電子メールアドレス：	法人番号：	
被相続人	譲渡した者の氏名（法人にあってはその名称及び代表者の氏名） (ふりがな)		
	譲渡した者の住所（法人にあってはその所在地）		
	譲渡年月日	年 月 日	
	添付書類	<input type="checkbox"/> 譲渡が行われたことを証する書類 (・譲渡契約書等の写し等、当事者による譲渡の意思と譲渡の事実が最低限確認できるもの。 ・法人成りの場合は、当該個人事業主と法人成り後の法人との譲渡契約書等の写し等。)	
合併により消滅した法人	郵便番号：	電話番号：	FAX番号：
	電子メールアドレス：		
	被相続人の氏名	(ふりがな)	
	被相続人の住所		
	相続開始年月日	年 月 日	
	添付書類	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本 又は <input type="checkbox"/> 法定相続情報一覧図の写し <input type="checkbox"/> 同意書（相続人が2人以上いる場合）	
合併により消滅した法人	郵便番号：	電話番号：	FAX番号：
	電子メールアドレス：		
合併により消滅した法人の名称及び代表者氏名	(ふりがな)		
合併により消滅した法人の所在地			
	合併年月日	年 月 日	
	添付書類	<input type="checkbox"/> 登記事項証明書（合併後存続する法人又は設立された法人の登記事項証明書）	

分割 前の 法人	郵便番号：	電話番号：	FAX番号：
	電子メールアドレス：		
	分割前の法人の名称及び 代表者氏名	(ふりがな)	
	分割前の法人の所在地		
分割年月日	年 月 日		
添付書類	<input type="checkbox"/> 登記事項証明書（分割により営業を承継した法人の登記事項証明書）		
営業 施設 情報	郵便番号：	電話番号：	(<input type="checkbox"/> 非公開) FAX番号：
	電子メールアドレス：		
	施設の所在地（自動車において調理する営業の場合は、当該自動車の自動車登録番号）		
	(ふりがな)		
営業 施設 情報	施設の名称、屋号又は商号		
	許可の番号及び許可年月日 ※許可営業の場合のみ記入	営業の種類	備考
	1 大保食第 年 月 日		
	2 大保食第 年 月 日		
3 大保食第 年 月 日			
4 大保食第 年 月 日			
営業 施設 情報	郵便番号：	電話番号：	(<input type="checkbox"/> 非公開) FAX番号：
	電子メールアドレス：		
	施設の所在地（自動車において調理する営業の場合は、当該自動車の自動車登録番号）		
	(ふりがな)		
営業 施設 情報	施設の名称、屋号又は商号		
	許可の番号及び許可年月日 ※許可営業の場合のみ記入	営業の種類	備考
	1 大保食第 年 月 日		
	2 大保食第 年 月 日		
3 大保食第 年 月 日			
4 大保食第 年 月 日			
営業 施設 情報	郵便番号：	電話番号：	(<input type="checkbox"/> 非公開) FAX番号：
	電子メールアドレス：		
	施設の所在地（自動車において調理する営業の場合は、当該自動車の自動車登録番号）		
	(ふりがな)		
営業 施設 情報	施設の名称、屋号又は商号		
	許可の番号及び許可年月日 ※許可営業の場合のみ記入	営業の種類	備考
	1 大保食第 年 月 日		
	2 大保食第 年 月 日		
3 大保食第 年 月 日			
4 大保食第 年 月 日			

大阪市保健所長 様

整理番号 :

届出者による記載は不要です。

自主回収届出書

食品衛生法第58条第1項の規定に基づき、次のとおり食品等の自主回収を届出します。

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 :		
	届出者住所 ※法人にあっては、主たる事務所の所在地		
	(ふりがな)		
回収担当部門	届出者氏名 ※法人にあっては、その名称及び代表者の氏名		
	郵便番号 :	電話番号 :	FAX番号 :
	電子メールアドレス :		
	回収担当部門所在地		
回収委託先情報	回収担当部門・担当者氏名 (ふりがな)		
	郵便番号 :	電話番号 :	FAX番号 :
	電子メールアドレス :		
	委託事業者住所 ※法人にあっては、主たる事務所の所在地		
製造所又は加工所情報(注)	(ふりがな)		
	委託事業者氏名 ※法人にあっては、その名称及び代表者の氏名		
	郵便番号 :	電話番号 :	FAX番号 :
	電子メールアドレス :		
製造所又は加工所の所在地			
回収する食品等の情報等	(ふりがな)		
	製造所又は加工所の名称 (屋号、商号は追記してください) ※法人にあっては、その名称		
	食品等の一般名称 :		商品名 :
	食品等の特定情報 (形態、内容量、消費期限、賞味期限、JANコード、製造番号、ロット番号、表示事項、出荷者、農場等) ※多数ある場合は、別紙にリストを添付して下さい。		
回収の理由	内容		
<input type="checkbox"/> ①食品衛生法に違反 <input type="checkbox"/> ②食品衛生法に違反するおそれ <input type="checkbox"/> ③その他 ())			

回収に着手した年月日 年 月 日

回収の方法（回収方法、回収情報の周知方法、問合せ先、回収品の保管場所、回収後の対応、回収終了予定等）

届出時点における回収状況（販売数量に対する回収数量、回収終了等）

健康被害の発生状況（生命又は身体に対する危害の発生の有無）

回収する食品等の情報等

健康への危険の程度※都道府県等において記載 内容※都道府県等において記載

画像（商品の全体がわかる画像、表示（食品関連事業者、製造所・加工所、消費期限、賞味期限、JANコード、製造番号・ロット番号等）

※多数ある場合は、別紙にリストを添付して下さい。

備考

担当者

（ふりがな）

担当者氏名

電話番号

※太枠内については変更がある項目のみ記載して下さい。
※変更がある項目については、項目名を○で囲んでください。

大 阪 市 長

年 月 日

営業許可申請事項・届出事項の変更届出書

食品衛生法施行規則第71条の規定により、次のとおり届出します。

※以下の情報は「官民データ活用推進基本法」の目的に沿って、原則オープンデータとして公開します。

申請者または届出者の氏名等のオープンデータに不都合がある場合は、次の欄にチェックしてください。（チェック欄：□）

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	
	郵便番号：	電話番号： (□ 非公開)	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			
営業施設情報	(ふりがな)	資格の種類	(資格欄の該当番号を記載)	
	食品衛生責任者の氏名 ※合成樹脂が使用された器具又は容器包装を製造する営業者を除く。	受講した講習会	講習会名称	
			受講年月日 年 月 日	
	資格	1 食品衛生監視員 2 食品衛生管理者 3 調理師 4 製菓衛生師 5 栄養士 6 管理栄養士 7 船舶料理士 8 と畜場法に規定する衛生管理責任者 9 と畜場法に規定する作業衛生責任者 10 食鳥処理衛生管理者 11 市長が実施し、又は適正と認める講習会を受講した者 12 資格なし		
	主として取り扱う食品、添加物、器具又は容器包装		自由記載	
	自動販売機の型番		業態	
	HACCPの取組	<input type="checkbox"/> HACCPに基づく衛生管理 <input type="checkbox"/> HACCPの考え方を取り入れた衛生管理		
	指定成分等含有食品を取り扱う施設			<input type="checkbox"/>
	輸出食品取扱施設 ※この申請等の情報は、国の事務に必要な限度において、輸出時の要件確認等のために使用します。			<input type="checkbox"/>
	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)		
担当者	(ふりがな)	電話番号	保健所受付印	
	担当者氏名			
整理番号：		(※申請者（届出者）による記載は不要です。)		
施設番号：				
(注意) 許可営業の場合 ●施設の構造及び設備の変更の場合は、変更後の施設の構造及び設備を示す図面を添付すること ●食品衛生責任者の場合は、食品衛生責任者の資格を証する書類を提示すること ●法人情報の変更の場合は、登記事項証明書を提示すること ●許可証記載事項に変更がある場合は、現許可証を添付すること				

申請者・届出者情報	法第55条第2項関係		該当には <input checked="" type="checkbox"/>
	(1)	食品衛生法又は同法に基づく処分に違反して刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなつた日から起算して2年を経過していないこと。	
	(2)	食品衛生法第59条から第61条までの規定により許可を取り消され、その取消しの日から起算して2年を経過していないこと。	
(3)	法人であつて、その業務を行う役員のうちに(1)(2)のいずれかに該当する者があるもの。		
営業施設情報	令第13条に規定する食品又は添加物の別	<input type="checkbox"/> ①全粉乳 (容量が1,400グラム以下である缶に収められたもの) <input type="checkbox"/> ②加糖粉乳 <input type="checkbox"/> ⑤魚肉ハム <input type="checkbox"/> ⑧食用油脂 (脱色又は脱臭の過程を経て製造されるもの) <input type="checkbox"/> ③調製粉乳 <input type="checkbox"/> ⑥魚肉ソーセージ <input type="checkbox"/> ⑨マーガリン <input type="checkbox"/> ⑪添加物 (法第13条第1項の規定により規格が定められたもの) <input type="checkbox"/> ④食肉製品 <input type="checkbox"/> ⑦放射線照射食品 <input type="checkbox"/> ⑩ショートニング	
		(ふりがな)	資格の種類
食品衛生管理者の氏名 ※「食品衛生管理者選任(変更)届」も別途必要		受講した講習会	講習会名称
		受講年月日	年 月 日
業種に応じた情報	使用水の種類	自動車登録番号 ※自動車において調理をする営業の場合	
	① 水道水 (<input type="checkbox"/> 水道水 <input type="checkbox"/> 専用水道 <input type="checkbox"/> 簡易専用水道) ② <input type="checkbox"/> ①以外の飲用に適する水		
飲食店のうち簡易飲食店営業の施設	<input type="checkbox"/>	生食用食肉の加工又は調理を行う施設	<input type="checkbox"/>
ふぐの処理を行う施設	<input type="checkbox"/>		
(ふりがな)	ふぐ処理登録者登録番号		
ふぐ処理者氏名 ※ふぐ処理する営業の場合			
添付書類	<input type="checkbox"/> 施設の構造及び設備を示す図面	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> (飲用に適する水使用の場合) 水質検査の結果	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
営業許可業種	許可の番号及び許可年月日	営業の種類	備考
	1 大保食第 年 月 日		
	2 大保食第 年 月 日		
	3 大保食第 年 月 日		
	4 大保食第 年 月 日		
備考			

大阪市長

年 月 日

整理番号：

施設番号：

※届出者による記載は不要です。

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：			
	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	
営業施設情報	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	
	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			
営業許可	(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	
	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)
営業届出	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		
備考	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			
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

自主回収届出事項変更届出書

年 月 日

大阪市保健所長 様

住所

氏名

(法人にあっては、名称、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名)

年 月 日付けて食品衛生法第 58 条第 1 項の規定により届出した内容に変更が生じましたので、食品衛生法第 58 条第 1 項に規定する食品衛生上の危害が発生するおそれがない場合等を定める命令第 3 条の規定に基づき、次のとおり届出します。

回収した食品の商品名 (名称)		
変更内容	変更前	
	変更後	
届出時の回収状況		
回収担当部門及び担当者名	電話番号	
整理番号 ※届出者による記載は不要です。		

自主回収終了届出書

年 月 日

大阪市保健所長 様

住所

氏名

(法人にあっては、名称、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名)

年 月 日 付けで食品衛生法第 58 条第 1 項の規定により届出した食品の回収を終了したので、食品衛生法第 58 条第 1 項に規定する食品衛生上の危害が発生するおそれがない場合等を定める命令第 4 条の規定に基づき、次のとおり届出します。

回収した食品の商品名 (名称)	
回収を終了した年月日	年 月 日
回収結果	
回収担当部門及び担当者名	電話番号
整理番号 ※届出者による記載は不要です。	

年 月 日

大阪市長

営業許可証再交付申請書

大阪市食品衛生法施行条例第3条第4項の規定により、次のとおり申請します。

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 :									
	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	許可番号及び許可年月日	営業の種類								
	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									
再交付申請の理由		紛失・毀損・汚損・その他()								
担当者	(ふりがな)		電話番号	保健所受付印						
	担当者氏名									
上記申請書を受理し、別添「許可証」を作成し、営業者に交付します。										
起案		年 月 日	決裁	年 月 日						
決裁欄	所長	課長・課長代理	係長	担当者	受付者	公印 審査	取扱責任者	文書主任	市長印	専用
										通 箇所
交付予定年月日		年 月 日		施設番号 :						

年 月 日

大阪市長

整理番号：
施設番号：
※届出者による記載は不要です。

ふぐ処理施設届出書

次のとおり、ふぐの処理を行いますので、大阪市食品衛生法施行条例第5条第1項の規定により届け出ます。

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：		
	届出者住所 ※法人にあっては、所在地		
	(ふりがな)		
営業施設情報	届出者氏名 ※法人にあっては、 その名称及び代表者の氏名		
	施設の所在地		
	(ふりがな)		
	施設の名称、屋号又は商号		
ふぐ処理者情報	営業の種類 飲食店営業・魚介類販売業・水産製品製造業 複合型そうざい製造業・複合型冷凍食品製造業		
	許可年月日及び許可番号 年 月 日 大保食第 号		
	氏名 (ふりがな)		
	登録年月日及び登録番号 年 月 日 第 号		
(ふりがな)			
年 月 日 第 号			
(ふりがな)			
年 月 日 第 号			
開始予定年月日 年 月 日			
備考	(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	

●ふぐ処理登録者証を提示すること

年 月 日

大阪市長

整理番号：
施設番号：
※届出者による記載は不要です。

ふぐ処理施設変更届出書

次のとおり、変更しますので、大阪市食品衛生法施行条例第5条第1項の規定により届け出ます。

届出者情報	届出者住所 ※法人にあっては、所在地			
	(ふりがな)			
	届出者氏名 ※法人にあっては、 その名称及び代表者の氏名			
営業施設情報	施設の所在地			
	(ふりがな)			
	施設の名称、屋号又は商号			
営業の種類	飲食店営業 ・ 魚介類販売業 ・ 水産製品製造業 複合型そうざい製造業 ・ 複合型冷凍食品製造業			
許可年月日及び許可番号	年 月 日 大保食第 号			
変更内容 ふぐ処理者情報	事由	変更前	変更後	
	事由	氏名	登録年月日及び登録番号	
		(ふりがな)	年 月 日 第 号	
	事由	氏名	登録年月日及び登録番号	
	(ふりがな)	年 月 日 第 号		
事由	氏名	登録年月日及び登録番号		
	(ふりがな)	年 月 日 第 号		
変更年月日		年 月 日		
備考	(ふりがな) 担当者 氏名		電話番号	

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

●ふぐ処理登録者を追加する場合は、ふぐ処理登録者証を提示すること

年 月 日

大阪市長

整理番号：
施設番号：
※届出者による記載は不要です。

ふぐ処理施設廃止届出書

次のとおり、ふぐの処理を行う営業を廃止しますので、大阪市食品衛生法施行条例第5条第2項の規定により届け出ます。

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：		
	届出者住所 ※法人にあっては、所在地		
	(ふりがな)		
	届出者氏名 ※法人にあっては、 その名称及び代表者の氏名		
営業施設情報	施設の所在地		
	(ふりがな)		
	施設の名称、屋号又は商号		
	営業の種類	飲食店営業・魚介類販売業・水産製品製造業 複合型そうざい製造業・複合型冷凍食品製造業	
許可年月日及び許可番号	年 月 日	大保食第	号
廃止年月日		年 月 日	
備考	(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

年 月 日

大阪市長

整理番号：
施設番号：
※届出者による記載は不要です。

生食用食肉取扱施設届出書

次のとおり、生食用食肉を取扱いますので、大阪市食品衛生法施行条例第5条第3項の規定により届け出ます。

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：	
	届出者住所 ※法人にあっては、所在地			
	(ふりがな)			
	届出者氏名 ※法人にあっては、 その名称及び代表者の氏名			
営業施設情報	施設の所在地			
	(ふりがな)			
	施設の名称、屋号又は商号			
	営業の種類	飲食店営業 ・ 食肉処理業 ・ 食肉販売業 複合型そうざい製造業 ・ 複合型冷凍食品製造業		
	許可年月日及び許可番号	年	月	日
当該施設における生食用食肉の基準適用			<input type="checkbox"/> 調理基準	<input type="checkbox"/> 加工基準
生食用食肉取扱者情報	氏名	(ふりがな)		
	資格	<input type="checkbox"/> 食品衛生管理者となる資格を有する者 ()		
		<input type="checkbox"/> 市長が指定する生食用食肉取扱者の養成講習会の課程を修了した者		
		<input type="checkbox"/> 他の都道府県知事等が実施し、又は指定する講習を受けた者		
		<input type="checkbox"/> 食品衛生責任者となる資格を有する者 ()		
備考	(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

●生食用食肉取扱者の資格を確認できる書類を提示すること

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

生食用食肉取扱施設変更届出書

次のとおり、変更しますので、大阪市食品衛生法施行条例第5条第3項の規定により届け出ます。

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 :				
	届出者住所 ※法人にあっては、所在地				
	(ふりがな)				
届出者氏名 ※法人にあっては、 その名称及び代表者の氏名					
施設の所在地					
(ふりがな)					
施設の名称、屋号又は商号					
営業の種類	飲食店営業 ・ 食肉処理業 ・ 食肉販売業 複合型そうざい製造業 ・ 複合型冷凍食品製造業				
許可年月日及び許可番号	年	月	日	大保食第	号
当該施設における生食用食肉の加工基準の適用の有無			<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	
生食用食肉取扱者情報	氏名	(ふりがな)			
	資格	<input type="checkbox"/> 食品衛生管理者となる資格を有する者 ()			
		<input type="checkbox"/> 市長が指定する生食用食肉取扱者の養成講習会の課程を修了した者			
		<input type="checkbox"/> 他の都道府県知事等が実施し、又は指定する講習を受けた者			
		<input type="checkbox"/> 食品衛生責任者となる資格を有する者 ()			
変更年月日		年	月	日	
備考			(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			

●生食用食肉取扱者の資格を確認できる書類を提示すること

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

生食用食肉取扱施設廃止届出書

次のとおり、生食用食肉の取扱いを行う営業を廃止しますので、大阪市食品衛生法施行条例第5条第4項の規定により届け出ます。

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 :
	届出者住所 ※法人にあっては、所在地		
	(ふりがな)		
	届出者氏名 ※法人にあっては、 その名称及び代表者の氏名		
営業施設情報	施設の所在地		
	(ふりがな)		
	施設の名称、屋号又は商号		
営業の種類	飲食店営業 ・ 食肉処理業 ・ 食肉販売業 複合型そうざい製造業 ・ 複合型冷凍食品製造業		
許可年月日及び許可番号	年 月 日	大保食第	号
廃止年月日		年 月 日	
備考	(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	

大阪市保健所長

年 月 日

施設番号：

※届出者による記載は不要です。

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：			
	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)			
	担当者氏名			
電話番号				

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	

年 月 日

大阪市保健所長

整理番号：
施設番号：
※届出者による記載は不要です。

食品衛生管理者廃止届

大阪市食品衛生法施行条例第6条第4項の規定により、次のとおり届出します。

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：		
	届出者住所 ※法人にあっては、所在地		
	(ふりがな)		
営業施設情報	届出者氏名 ※法人にあっては、 その名称及び代表者の氏名		
	※届出者が個人の場合		
	年 月 日生		
廃止した食品衛生管理者情報	施設の所在地		
	(ふりがな)		
	施設の名称、屋号又は商号		
令第13条に規定する食品 又は添加物の別		①全粉乳 (容量が1,400グラム以下である缶に収められたもの) ②加糖粉乳 ⑤魚肉ハム ⑧食用油脂 (脱色又は脱臭の過程を経て製造されるもの) ③調製粉乳 ⑥魚肉ソーセージ ⑨マーガリン ⑪添加物 (法第13条第1項の規定に より規格が定められたもの) ④食肉製品 ⑦放射線照射食品 ⑩ショートニング	
備考	氏名	(ふりがな)	
	住所	年 月 日生	
	廃止年月日	年 月 日	
		(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