

※太枠内は、必ず記載して下さい。

整理番号：

※申請者、届出者による記載は不要です。

大阪府 保健所長 様

営業許可施設・営業届出施設廃業届

食品衛生法施行規則第71条の2の規定により次のとおり営業の廃止の届出をします。

※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。  
申請者又は届出者住所 申請者又は届出者氏名 施設の所在地 施設の名称 施設の電話番号

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		
	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 (ふりがな)		(生年月日) 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		
施設の名称、屋号又は商号 (ふりがな)			
営業届出	営業の形態		備考
	1		
	2		
	3		
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	年 月 日	
	2	年 月 日	
	3	年 月 日	
	4	年 月 日	
廃業年月日			
担当者	担当者氏名 (ふりがな)	電話番号	
	備考		

添付書類 営業許可証 (図面含む 営業許可業種のみ)