

収 受 印					*
	受付番号	会員・非		OA入力	*
		施設番号			*

(あて先) 一宮市保健所長

年 月 日

\*保健所使用欄

## 営業許可申請書・営業届 (廃業)

食品衛生法施行規則 (第71条の2) の規定に基づき次のとおり関係書類を提出します。

**【表面 (白抜き箇所) : 許可・届出共通】**

※ 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 )

※赤枠内は、必ず記載して下さい。

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			
	(ふりがな)	資格の種類	食管・食監・調・製・栄・船舶・と畜・食鳥	
	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	都道府県知事等の講習会 (適正と認める場合を含む) 講習会名称 年 月 日	
	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	※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。 <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	<input type="checkbox"/>			
※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			
	2			
	3			
廃業年月日				
担 当 者	(ふりがな)	電話番号		
	担当者氏名			

