

(表)

※赤枠内については必ず記載してください。(営業届出欄、営業許可業種欄は該当するものを記載)

【許可・届出共通】

年 月 日

整理番号:

※申請者、届出者による記載は不要です。

東京都北区保健所長 殿

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。

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)		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 東京都北区 丁目 番 号 (ふりがな)		
	施設の名称、屋号又は商号 (ふりがな)			資格の種類 食監・食管・調・製・栄・管栄・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、全自動調理機の型番	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		
業種に応じた情報	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"/>		
営業届出	営業の形態		備考	
	1			
	2			
担当者	(ふりがな) 担当者氏名		電話番号	
	廃業年月日	年 月 日		