

※赤枠内については必ず記載してください。

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 ※法人にあっては、所在地		
	(ふりがな)		(生年月日)
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		
	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
	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
業種に応じた情報	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
営業届出	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"/>
	営業の形態		備考
	1		
担当者	2		
	3		
担当者	(ふりがな)		電話番号
	担当者氏名		
廃業年月日		年 月 日	