

※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 :		
	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) 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			
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 受講した講習会	食管・食監・調・製・栄・管栄・船舶・と畜・食鳥 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
	※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。		
	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"/>			
営業届出	営業の形態		備考
	1		
	2		
	3		
担当者	(ふりがな) 担当者氏名	電話番号	
廃業年月日		年 月 日	