

（宛先）高槻市保健所長

- 許可営業  
 届出営業
- を廃業しましたので、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届け出ます。

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			
	(フリガナ)		生年月日(法人にあつては記載不要)	
	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	年 月 日		
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（自動車において調理する営業にあつては、当該自動車の自動車登録番号）			
	(フリガナ)		施設の名称、屋号又は商号	
営業許可業種	営業許可番号	営業許可年月日	営業の種類	備考
	第 号	令和 年 月 日		
	第 号	令和 年 月 日		
	第 号	令和 年 月 日		
	第 号	令和 年 月 日		
営業届出	営業の形態		備考	
	1			
	2			
	3			
廃業年月日		令和 年 月 日		
担当者	(フリガナ)	電話番号		
		電子メールアドレス		

※ 上記の情報のうち、次の項目については、「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されます。オープンデータに不都合がある項目については、チェック欄に記入してください。

- 申請者・届出者住所  申請者・届出者氏名  施設連絡先  施設の所在地  施設の名称、屋号又は商号