（日本産業規格Ａ列４番）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　　香川県　　　　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。

※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、厚生労働省ｵｰﾌﾟﾝﾃﾞｰﾀとして公開します。

　申請者又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　□）**

※オープンデータで非公開の場合も、県情報公開条例に基づく公開請求があった場合は、条例で規定する非公開情報を除き、公開されます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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） |
| 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 |
| 営業届出 | 営　業　の　形　態 | 備考 |
| 1 | 　 | 　 |
| 2 | 　 | 　 |
| 3 | 　 | 　 |
| 添付書類 | □ | 営業許可証 | □ |  |
| 営業許可業種 | 許可の番号及び許可年月日 | 営　業　の　種　類 | 備考 |
| 1 | 　 | 　 | 　 |
| 年　　　月　　　日 |
| 2 | 　 | 　 | 　 |
| 年　　　月　　　日 |
| 3 | 　 | 　 | 　 |
| 年　　　月　　　日 |
| 4 | 　 | 　 | 　 |
| 年　　　月　　　日 |
| 廃業年月日 |  |
| 備考 |  |
| 担当者 | （ふりがな） | 電話番号 |
| 　担当者氏名 | 　 |

　注　□については、該当するものに「***レ***」を記入してください。