

太黒線枠内は必ず記載してください。
縞線枠内は変更箇所のみ記入してください。

記入(届出)日を記載して下さい。

変更届 (許可営業)

令和 3 年 10 月 1 日

整理番号:

※申請者による記載は不要です。

北海道室蘭保健所長 様

食品衛生法施行規則第71条の規定に基づき次のとおり届け出ます。

※ 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、原則オープンデータとして公開します。
営業者の氏名等のオープンデータに不都合がある場合は、次の欄にレ点を記載してください。

(チェック欄)

営業者情報	郵便番号: 051 - 8555	電話番号: (0143)24-9849	FAX番号: (0143)24-5282
	電子メールアドレス: ○○○@●●.jp	法人番号: 法人の場合は13ケタの法人番号を記載	
	申請者住所 ※法人にあつては、所在地 室蘭市海岸町1-4-1		
	(ふりがな) むろらん たろう	(生年月日) 大正・昭和・平成 55 年 5 月 5 日生	
営業施設情報	申請者氏名 ※法人にあつては、その名称及び代表者の氏名 室蘭 太郎		
	法第55条第2項関係		
	(1) 食品衛生法又は同法に基づく処分に違反して刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった日から起算して2年を経過していないこと。		該当には <input checked="" type="checkbox"/>
	(2) 食品衛生法第59条から第61条までの規定により許可を取り消され、その取消の日から起算して2年を経過していないこと。		<input type="checkbox"/>
(3) 法人であつて、その業務を行う役員のうち(1)(2)のいずれかに該当する者があるもの。		<input type="checkbox"/>	
郵便番号: 051 - 8555		電話番号: (0143)24-9849	FAX番号: (0143)24-5282
電子メールアドレス: ○○○@●●.jp			
施設の所在地 室蘭市海岸町1-4-1			
(ふりがな) れすとらんむろらん			
施設の名称、屋号又は商号 レストラン室蘭			
(ふりがな) むろらん たろう		資格の種類	食監・食管・調・製・栄・船舶・と畜・食鳥
食品衛生責任者の氏名 室蘭 太郎		<input checked="" type="checkbox"/> 講習会受講 <input type="checkbox"/> 未受講(誓約書)	食品衛生責任者養成講習会・指導員養成講習会 受講日: 室蘭 平成・令和 ●年●月●日
主として取り扱う食品、 自動販売機の		変更のあった項目に○を付けてください。 その項目に変更後の内容を記入してください。	
HACCPの取組		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	
令第13条に規定する食品又は添加物の別		<input type="checkbox"/> 全粉乳(容量が1,400グラム以下である缶に収められたもの) <input type="checkbox"/> 加糖粉乳 <input type="checkbox"/> 魚肉ハム <input type="checkbox"/> 食用油脂(脱色又は脱臭の過程を経て製造されるもの) <input type="checkbox"/> 調製粉乳 <input type="checkbox"/> 魚肉ソーセージ <input type="checkbox"/> マーガリン <input type="checkbox"/> 添加物(法第13条第1項の規定により規格が定められたもの) <input type="checkbox"/> 食肉製品 <input type="checkbox"/> 放射線照射食品 <input type="checkbox"/> ショートニング	
(ふりがな)		資格の種類	
食品衛生管理者の氏名 ※「食品衛生管理者設置(変更)届」も別途必要		講習会名称	年 月 日
受講した講習会			
使用水の種類		自動車登録番号	※自動車において営業を行う場合
① 水道水 (<input type="checkbox"/> 水道水 <input type="checkbox"/> 専用水道 <input type="checkbox"/> 簡易専用水道)			
② <input type="checkbox"/> ①以外の飲用に適する水			

許可番号及び許可年月日		営業の種類	備考
営業許可業種	1	年 月 日	
	2	年 月 日	
	3	年 月 日	
	4	年 月 日	
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 ※この申請等の情報は、国の事務に必要な限度において、輸出時の要件確認等のために使用します。		<input type="checkbox"/>
	飲食店のうち簡易飲食店営業の施設		<input type="checkbox"/>
	生食用食肉の加工又は調理を行う施設		<input type="checkbox"/>
	ふぐの処理を行う施設		<input type="checkbox"/>
(ふりがな)			
ふぐ処理者氏名 ※ふぐ処理する営業の場合		合格番号等	
添付書類	<input type="checkbox"/>	施設の構造及び設備を示す図面	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	(水道水以外の飲用に適する水使用の場合) 水質検査の結果	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
備考			
変更年月日		令和●年●月●日	
担当者	(ふりがな) むろらん じろう		電話番号
	担当者氏名 室蘭 次郎		(0143) 24-9849

備考

- 「整理番号」欄は、記載しないこと。
- 太枠内は必ず記載すること。
- 変更した項目名を○で囲み、変更後の内容を記載すること。