

様式第2号（第8条の2，第10条，第16条，第20条，第21条，第22条関係）

令和〇年〇月〇日

茨城県 日立 保健所長 殿

〒310-〇〇〇〇

住所 茨城県〇〇市〇〇町1丁目2番3号

（法人にあつては、主たる事務所の所在地）

電話番号 029-〇〇〇-〇〇〇〇

氏名 茨城 太郎

（法人にあつては、その名称及び代表者の氏名）

次のとおり届出（申請）します。

届出（申請）の種類 該当欄に○印を記入すること。	<input type="checkbox"/>	①検査申請	<input type="checkbox"/>	②食品衛生管理者設置（変更）届		
	<input checked="" type="checkbox"/>	③食品営業許可証再交付申請	<input type="checkbox"/>	④承継届		
	<input type="checkbox"/>	⑤食品営業許可申請事項変更届	<input type="checkbox"/>	⑥廃業届		
共通記載事項	営業所（製造所又は加工所）の所在地（自動車において調理をする営業にあつては、自動車登録番号）	〒310-〇〇〇〇 茨城県〇〇市〇〇町2丁目3番4号 電話番号 029-〇〇〇-〇〇〇〇				
	営業所（製造所又は加工所）の名称、屋号又は商号	レストランいばらき				
届出（申請）別記載項目	①検査申請	製品の名称		申請数量		
		製造・加工年月日				
	②食品衛生管理者設置（変更）届	食品衛生法施行令第13条に規定する食品又は添加物の別				
			新		旧	
		食品衛生管理者の氏名		年 月 日生		年 月 日生
		食品衛生管理者の住所	〒□□□-□□□□		〒□□□-□□□□	
		職 名				
		職 種				
		職 務 内 容				
	設置（変更）年月日					
③食品営業許可証再交付申請	亡失（破損）の理由	紛失したため				
④承継届	被相続人の氏名及び住所	〒□□□-□□□□	届出者の生年月日			
			被相続人との続柄			
			相続開始の年月日			
	合併により消滅した法人の名称、主たる事務所の所在地及び代表者氏名	〒□□□-□□□□	合併の年月日			
	分割前の法人の名称、主たる事業所の所在地及び代表者の氏名	〒□□□-□□□□	分割の年月日			
⑤食品営業許可申請事項変更届	変更事項					
	変更前（旧）					
	変更後（新）					
⑥廃業届	廃業年月日					
③④⑤⑥の項目の届出（申請）に係る現に受けている営業の種類、許可番号及び許可年月日						
営業の種類	許可番号	許可年月日	営業の種類	許可番号	許可年月日	
飲食店営業	日保指令第〇〇〇〇〇〇号	令和〇年〇月〇日		保指令第 号	年 月 日	
	保指令第 号	年 月 日		保指令第 号	年 月 日	
	保指令第 号	年 月 日		保指令第 号	年 月 日	
	保指令第 号	年 月 日		保指令第 号	年 月 日	

（注）記入要領及び添付書類は、裏面を参照のこと。