

北海道岩内保健所長 様

## 変更届（許可営業）

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： 045-〇〇〇〇	電話番号： 0135-〇〇-●●●●	FAX番号：
	電子メールアドレス：	法人番号：	
	申請者住所 ※法人にあっては、所在地 岩内郡岩内町字〇〇 ▲▲番地△		
	(ふりがな) いわない たろう	(生年月日)	
申請者氏名 ※法人にあっては、その名称及び代表者の氏名 岩内 太郎	19〇〇年 〇月 〇日生		
法第55条第2項関係			該当には <input checked="" type="checkbox"/>
(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。			<input 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"/>
営業施設情報	郵便番号： 045-〇〇〇〇	電話番号： 0135-〇〇-●●●●	FAX番号：
	電子メールアドレス：		
	施設の所在地 岩内郡共和町〇〇 ▲▲番地△		
	(ふりがな) きょうわしょくどう		
	施設の名称、屋号又は商号 共和食堂		
	(ふりがな) いわない じろう	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 岩内 次郎	受講した講習会	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
	主として取り扱う食品、添加物	変更後の内容を記載してください。	
	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	
令第13条に規定する食品又は添加物の別	<input type="checkbox"/> ①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"/> ②加糖粉乳 <input type="checkbox"/> ⑤魚肉ハム <input type="checkbox"/> ⑧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"/> ③調製粉乳 <input type="checkbox"/> ⑥魚肉ソーセージ <input type="checkbox"/> ⑨マーガリン <input type="checkbox"/> ⑩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"/> ④食肉製品 <input type="checkbox"/> ⑦放射線照射食品 <input type="checkbox"/> ⑩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	受講した講習会	講習会名称 年 月 日	
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	後岩生第〇-●●号指令 令和3年 6月 15日	飲食店営業
	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		認定番号等
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 checked="" type="checkbox"/> 調理師免許の写し	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
備考	食品衛生責任者変更 旧) 岩内 太郎		
	変更年月日	令和6年 2月 1日	
担当者	(ふりがな) いわない はなこ		電話番号
	担当者氏名 岩内 花子		090-0000-●●●●

許可証に記載している内容  
を確認してください。

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。