

取扱品目変更届出書

〇〇年 〇月 〇日

(宛先) 新潟市保健所長

届出者

住所 (法人にあつては所在地) **新潟市 × × × △△**

氏名 (法人にあつては名称及び代表者の氏名) **株式会社ニイガタ日本
代表取締役 新潟花子**

電話番号 **0 2 5 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇**

**変更する営業の許可書に記載される申請者について記入してください。
個人で申請の場合は、ご自宅の住所及び氏名、電話番号をご記入ください。**

取扱品目を変更したいので、新潟市食品衛生法施行細則第 17 条の規定により届け出ます。

営業所	名称 レストラン新潟市役所	
	所在地 新潟市 中央区〇〇△△ 電話番号 0 2 5 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇	
営業の種類	許可年月日	許可番号
飲食店営業 一般食堂	〇〇年〇月〇〇日	第 〇〇〇〇 号
<div style="border: 2px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> <p>変更する業種について、営業許可書に記載されている許可年月日、許可番号 (許可書右上に記載) を記入してください。</p> </div>		
変更事項	新	旧
取扱品目		
営業種目	弁当屋	一般食堂
構造変更	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (別紙のとおり) <div style="border: 2px solid black; border-radius: 15px; padding: 5px; display: inline-block;"> 設備の変更を伴う場合は、図面を添付してください。 </div> <input type="checkbox"/> 無	
変更年月日	〇〇 年 〇 月 〇 日	

注 太線の枠内だけ記入してください。

検査日	年	月	日	食品衛生監視員	印	摘要
検査日	年	月	日	食品衛生監視員	印	摘要
意見等						
決裁	受理	不受理	課長	補佐	係長	係
	年 月 日					
						年 月 日
						氏名
						印