

取扱品目変更届出書

年 月 日

（宛先）新潟市保健所長

届出者

住所（法人にあ
っては所在地）

氏名（法人にあ
っては名称及び
代表者の氏名）

電話番号 - -

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 1 7 条の規定により届け出ます。

営業所	名称	
	所在地 新潟市 電話番号 - -	
営業の種類	許可年月日	許可番号
変更事項	新	旧
取扱品目		
営業種目		
構造変更	<input type="checkbox"/> 有（別紙のとおり） <input type="checkbox"/> 無	
変更年月日	年 月 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	起案	年 月 日
	年 月 日						氏名 印