

京都市保健所長様

営業許可申請書・営業届（変更）

食品衛生法施行規則（第71条）の規定に基づき次のとおり関係書類を提出します。

※ 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。
申請者または届出者の氏名等のオープンデータに不都合がある場合は、次の欄にチェックしてください。
(☐ 氏名 ☐ 住所 ☐ 営業施設名称、屋号又は商号 ☐ 営業施設所在地 ☐ 営業施設連絡先)

申請者・届出者情報	郵便番号：		電話番号：		FAX番号：		
	電子メールアドレス：				法人番号：		
	申請者・届出者住所 ※法人にあっては、所在地						
	(ふりがな)				(生年月日)		
	申請者・届出者氏名 ※法人にあっては、その名称及び代表者の氏名				※法人の場合は不要 年 月 日生		
営業施設情報	郵便番号：		電話番号：		FAX番号：		
	電子メールアドレス：						
	施設の所在地						
	(ふりがな)						
	施設の名称、屋号又は商号						
	(ふりがな)		資格の種類		食管・食監・調・製・栄・管栄・船舶・と畜・食鳥・その他		
	食品衛生責任者の氏名 ※合成樹脂が使用された器具又は容器包装を製造する営業者を除く。		受講した講習会 ※食品衛生責任者養成講習会等を受講した場合		講習会名称 受講日 年 月 日		
	主として取り扱う食品、添加物、器具又は容器包装		自由記載				
	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。 ☐ HACCPに基づく衛生管理 ☐ HACCPの考え方を取り入れた衛生管理				
業種に応じた情報	指定成分等含有食品を取り扱う施設				☐		
	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。				☐		
営業届出	営 業 の 形 態				備考		
	1						
	2						
	3						
担当者	(ふりがな)				電話番号		
	担当者氏名						

【裏面（色付き箇所）：許可のみ】

申請者・届出者情報

法第55条第2項関係

該当には
☒

(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3年を経過していないこと。

☐

(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、その取消しの日から起算して2年を経過していないこと。

☐

(3)法人であつて、その業務を行う役員のうちに(1)(2)のいずれかに該当する者があるもの。

☐

営業施設情報

令第13条に規定する食品又は添加物の別

☐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）
☐②加糖粉乳
☐③調製粉乳
☐④食肉製品

☐⑤魚肉ハム
☐⑥魚肉ソーセージ
☐⑦放射線照射食品

☐⑧食用油脂（脱色又は脱臭の過程を経て製造されるもの）
☐⑨マーガリン
☐⑩ショートニング

☐⑪添加物（法第11条第1項の規定により規格が定められたもの）

（ふりがな）

資格の種類

食品衛生管理者の氏名 ※「食品衛生管理者選任（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 ※自動車において調理をする営業の場合

① 水道水（☐ 水道水 ☐ 専用水道 ☐ 簡易専用水道）
② ☐ 小規模貯水槽による水 ③ ☐ ①、②以外の飲用に適する水

使用水の種類で②小規模貯水槽による水を選択した場合、水の色、濁り、におい、味に異常がないことの確認

☐

業種に応じた情報

飲食店のうち簡易飲食店営業の施設

☐

生食用食肉の加工又は調理を行う施設

☐

ふぐの処理を行う施設

☐

（ふりがな）

ふぐ処理師氏名 ※ふぐ処理する営業の場合

認定番号等

添付書類

☐ （法人で名称、所在地、代表者氏名変更の場合）法人の登記事項証明書の写し
☐ （氏名の変更の場合）戸籍謄本等の写し
☐ （施設の変更の場合）施設の構造及び設備を示す図面
☐ （③の飲用に適する水に変更する場合）水質検査の結果

☐ （ふぐ処理師の変更・ふぐ処理施設への変更）ふぐ処理師の免許証の写し
☐ （自動車営業で変更の内容に応じて）取扱品目・調理工程、自動車車検証の写し、仕込施設の許可証の写し

営業許可業種

許可の番号及び許可年月日

営 業 の 種 類

備考

1

京都市指令 第 号
年 月 日

2

京都市指令 第 号
年 月 日

3

京都市指令 第 号
年 月 日

4

京都市指令 第 号
年 月 日

備考

收受印（医療衛生センター用）