

【表面（白抜き箇所）：許可・届出共通】

第4号様式（第9条関係）

高知市保健所長 様

年 月 日

整理番号：
※申請者又は届出者による記載は不要です。

営業許可申請書・営業届（新規，継続）

食品衛生法第55条第1項又は第57条第1項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。
申請者又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。（チェック欄 ）

申請者又は届出者情報	郵便番号： <input type="text" value="〇〇〇-〇〇〇〇"/>	電話番号： <input type="text" value="法人の電話番号"/>	FAX番号： <input type="text" value="法人のFAX番号"/>	
	電子メールアドレス： <input type="text" value="保健所と連絡をとる担当者(部署)等のメールアドレス"/>		法人番号： <input type="text" value="国税庁の法人番号"/>	
	申請者又は届出者住所 ※法人にあっては、所在地 <input type="text" value="法人の住所(建物名・号室まで明記)"/>			
	(ふりがな) <input type="text" value="ふりがな"/>	(生年月日) <input type="text" value="年 月 日生"/>		
営業施設情報	郵便番号： <input type="text" value="〇〇〇-〇〇〇〇"/>	電話番号： <input type="text" value="施設の電話番号"/>	FAX番号： <input type="text" value="施設のFAX番号"/>	
	電子メールアドレス： <input type="text"/>			
	施設の所在地 <input type="text" value="施設の所在地(建物名・号室まで明記)"/>			
	(ふりがな) <input type="text" value="ふりがな"/>			
	施設の名称，屋号又は商号 <input type="text" value="施設の名称"/>			
	(ふりがな) <input type="text" value="ふりがな"/>	資格の種類 <input type="text" value="食管・食監・調・製・栄・船舶・と畜・食鳥"/>		
	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。 <input type="text" value="〇〇 〇〇(食品衛生責任者の氏名)"/>	受講した講習会 <input type="text" value="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 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	
	主として取り扱う食品，添加物，器具又は容器包装 <input type="text" value="調理食品"/>	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。 <input type="checkbox"/> HACCPに基づく衛生管理 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <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"/>			
営業届出	営業の形態		備考	
	1	<input type="text" value="集団給食施設"/>	(例)入院・入所 (定員)名 併設介護医療院 (定員)名 併設デイサービス(定員)名(昼食のみ)	
	2	<input type="text"/>	(例)保育所 (定員)名(昼・おやつ) デイサービス (定員)名(昼・おやつ) 職員食 ○名(昼・平均)	
3	<input type="text"/>	(例)給食センター 合計食数〇〇食(配送先〇か所)		
担当者	(ふりがな) <input type="text"/>	電話番号		
	担当者氏名 <input type="text" value="〇〇 〇〇(保健所と連絡窓口となる担当者の氏名)"/>	<input type="text" value="担当者と連絡がしやすい電話番号"/>		

← 届出日

← 「営業届出 新規」を囲む

← 法人情報の記入が必須の項目

※法人番号は，13桁(国税庁のホームページで検索可能)

このアドレスは，厚生労働省の食品衛生申請等システムのログインIDになります

法人の場合，代表者の生年月日は任意(個人の場合は必須)

施設のメールアドレスがあれば記入

← 食品衛生責任者の資格の種類を囲み，裏面の備考欄に(例)「栄養士 高知県第〇〇〇〇号」等記載ください。

← 食品衛生責任者養成講習会修了の場合は，こちらに記入

← 自由記載欄に，施設の種類を記入

(例) 学校(幼稚園，小学校，中学校，義務教育学校，特別支援学校 他)

病院 老人保健施設 介護医療院 診療所

老人福祉施設 介護保険施設(入所，デイサービス 他) その他の高齢者施設(有料老人ホーム)

児童福祉施設 保育園，保育所，認定こども園，小規模託児施設 他

社会福祉施設 事業所(社員食堂) 寄宿舎(学生寮・社員寮) 矯正施設 など

← 従業員が50名を超えない給食施設は「HACCPの考え方を取り入れた衛生管理」を選択

← 配送先がある場合は，裏面の備考欄に配送先とそれぞれの食数を記入

← 担当者の部署直通の電話番号など

【裏面（色付き箇所）：許可のみ】

申請者又は届出者情報	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、その取消しの日から起算して2年を経過していないこと。	<input type="checkbox"/>
	(3)	法人であって、その業務を行う役員のうち(1)又は(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	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"/> 11 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 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	自動車登録番号 ※ 自動車において調理をする営業の場合	
業種に応じた情報	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（事業譲渡の場合は省略可）	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> （飲用に適する水使用の場合）水質検査の結果	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
事業譲渡	営業を譲り受けたことを証する旨		
営業許可業種	許可番号及び許可年月日	営業の種類	備考
	1	年 月 日	
	2	年 月 日	
	3	年 月 日	
	4	年 月 日	
備考			

← 有資格者の場合は、資格の名称と、取得年月日、免許証の番号(〇〇県第〇〇〇〇号)
講習会修了の場合は、講習会を受講した食品衛生協会名、受講年月日、番号

← 給食の配送がある場合は、配送先施設名とおおよその食数