

【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

申請日又は届出日を記載してください。

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。

新規又は継続に○をつけてください。

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 ）

オープンデータに不都合がある場合はチェックしてください。

申請者又は届出者情報	郵便番号：780-0850	電話番号：088-822-0588	FAX番号：088-822-1880	
	電子メールアドレス：担当者のメールアドレス(アカウントのログインID)をお持ちの方は記載ください。		法人番号：法人の場合、国税庁が指定する13桁の法人番号を記載ください。	
	申請者又は届出者住所 ※法人にあつては、所在地 高知市丸ノ内○丁目○番○号○○ハイツ○号室			
	(ふりがな) こうち たろう	(生年月日) 法人の場合は不要です。		
営業施設情報	申請者又は届出者氏名 ※法人にあつては、その名称及び代表者の氏名 高知 太郎		西暦で記入ください。 1984年 10月 5日生	
	郵便番号：780-0841	電話番号：088-822-0588	FAX番号：088-822-1880	
	電子メールアドレス：施設のメールアドレスがある方は記載ください。			
	施設の所在地 屋台や自動車の場合、高知市内の自動車の保管場所や主な営業場所を記載してください。例) 高知市帯屋町（中央公園） 高知市帯屋町○丁目○番○号○○○ビル○階			
営業種に応じた情報	(ふりがな) れすとらん たろう	食品衛生責任者の資格の種類に○をつけてください。 都道府県名、登録年月日、登録番号を裏面の備考へ記載してください。 調：調理師 製：製菓衛生師 栄：栄養士 船舶：船舶料理士		
	施設の名称、屋号又は商号 レストラン太郎		講習会を受講した場合、講習会の名称、受講年月日、裏面の備考へ受講番号を記載してください。	
	(ふりがな) とさ はなこ	資格の種類	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。 土佐 花子		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 高知市食協 R○年○月○日
	主として取り扱う食品、添加物、器具又は容器包装 調理食品（日本標準商品分類を参照して記載してください。）		自由記載	左記以外に製造する食品、販売する食品等を具体的に記載ください。
	自動販売機の型番		業態 飲食店営業の場合に、レストラン、中華料理店、焼肉店、居酒屋、屋台、キッチンカー等の業態を記載してください。	
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。		
どちらかにチェックしてください。 <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				
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	届出対象の食品を扱う場合、主たる営業届出の形態を記載してください。	自動車において届出対象の営業をする場合のみ、自動車登録番号を記載してください。	
	2			
	3			
担当者	(ふりがな) かつら はまこ	電話番号		
	担当者氏名 桂 浜子	090-1234-5678		

【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		2年以内に食品衛生法違反等以下の(1)～(3)に該当した場合にチェックしてください。	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"/>
営業施設情報	(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"/>
	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取められたもの） <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		
業種に応じた情報	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 使用する水の種類にチェックをしてください。		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（ <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		キッチンカーでの営業や、自動車において魚介類を販売する場合に記載してください。	
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)			
添付書類	ふぐ処理者氏名 ※ ふぐ処理する営業の場合	認定番号等	該当する場合はチェックをしてください。	
	<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"/> （飲用に適する水使用の場合）水質検査の結果 <input type="checkbox"/> 必要添付書類にチェックをしてください。 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	図面に変更がなく、かつ事業譲渡を証する書面等（契約書の写し等）の提示があれば、施設の構造及び設備を示す図面は省略できます。	
	営業を譲り受けたことを証する旨 事業譲渡の場合に、以下のように記載してください。 例：〇〇から営業を譲り受けました。			
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	継続の場合に記載ください。 kc1234567 RO年〇月〇日	営業許可の種類を記載してください。	
	2	年 月 日		
	3	年 月 日		
備考	4	年 月 日		
	●食品衛生責任者養成講習会を受講した場合は、受講番号を記載してください。 これから受講予定の場合は、講習会名称、受講日、予約番号を記載してください。 ●食品衛生責任者養成講習会受講者以外の資格の場合は、都道府県名、登録年月日、登録番号を記載してください。 屋台や自動車の場合、営業場所:高知市保健所管内一円と記載してください。			