

認定営業廃止届

年 月 日

呉市保健所長殿

〒

届出者住所

電話番号

氏名

年 月 日 生

(法人にあつては、法人の名称、主たる事務所の所在地及び代表者の氏名)

次のとおり営業を廃止したので、呉市食品衛生に関する条例施行細則第4条第2項の規定により、
営業施設認定証を添えて届出ます。

1 廃止年月日 年 月 日

2 廃止の理由 譲渡・贈与・改装・移転・解散・死亡・その他

営業所所在地

呉市 町 番 号
通 番地

営業所の名称

営業の種類

注 営業者本人が届出ない場合は、営業者の住所及び氏名と届出者における営業者との「続柄」又は「関係」を明記してください。

営業者の住所

氏名

営業者との続柄又は関係