

営 業 許 可 廃 止 届

年 月 日

呉市保健所長 殿

〒

届出者 住 所
電話番号
氏 名

〔 法人の場合は、主たる事業所の所
在地、その名称及び代表者の氏名 〕

年 月 日生

次のとおり営業を廃止したので、呉市食品衛生法施行細則第8条第1項の規定により、
届け出ます。

営業所の所在地	呉市	営業所電話	
営業所の名称等			
許 可 番 号 及 び 許 可 年 月 日	営 業 の 種 類	備 考	
1 呉保生指令第 号 年 月 日			
2 呉保生指令第 号 年 月 日			
3 呉保生指令第 号 年 月 日			
4 呉保生指令第 号 年 月 日			
5 呉保生指令第 号 年 月 日			
廃 止 年 月 日	年 月 日		
廃 止 の 理 由	譲渡, 贈与, 改装, 移転, 転業, 解散, 死亡, その他		

注 営業者本人が届け出ない場合は、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。

営業者の住所及び氏名

営業者との続柄又は関係