

(様式第21号)

年 月 日

置賜保健所長 殿

住所又は所在地

電話番号

氏名又は名称及び代表者氏名

営 業 廃 止 届

下記のとおり営業を廃止しましたから、食品衛生法の施行に関する規則第21条第2項の規定によりお届けします。

記

- 1 業種
- 2 営業所の名称
営業所の電話番号
- 3 営業所の所在地
- 4 廃止年月日
- 5 廃止理由