

(様式第16号)

年 月 日

置賜保健所長 殿

住所又は所在地

氏名又は名称及び代表者氏名

年 月 日生

営 業 廃 止 届

下記により営業を廃止したので、食品衛生法の施行に関する規則第19条の規定によりお届けします。

記

- 1 営業所所在地 \_\_\_\_\_
- 2 営業所の名称・屋号又は商号 \_\_\_\_\_
- 3 営業許可の年月日及び番号  
平成 年 月 日 指令置保第 号
- 4 廃止年月日 平成 年 月 日
- 5 廃止理由 \_\_\_\_\_
- 6 営業の種類 \_\_\_\_\_

備考 許可証を添付すること。

不注意により今まで受けていた許可証を紛失しました。

氏名又は名称及び代表者氏名

\_\_\_\_\_