

様式第16号

平成 年 月 日

最上保健所長 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

電話番号

営業廃止届

下記のとお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

許可年月日	平成	年	月	日
許可番号	指令	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。

(許可証を紛失した場合は記名押印してください。)

氏名又は名称
及び代表者氏名

㊟