

様式第21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

電話番号

## 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 営業所の名称及び所在地

3 廃止年月日 平成 年 月 日

4 廃止理由