

様式第 16 号

平成 年 月 日

山形県庄内保健所長 殿

住所又は所在地

氏名又は名称及び代表者氏名

大・昭・平 年 月 日生

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

平成 年 月 日 指令庄保第 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 1. 許可証を添付すること。

2. 許可証を紛失した場合

不注意により許可証を紛失しました。

氏名

印