

様式第8号（第9条関係）

## 営 業 廃 止 届

平成 年 月 日

広島県西部保健所長 様

届出者

営業施設認定証を紛失している場合は、その旨を記載してください。見つかり次第、認定証は返却してください。

住 所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地)	〒〇〇〇-△△△△ 広島県〇〇市〇〇町〇〇番地
電 話	(〇〇〇) △△△-□□□□
氏 名 (法人にあつては、名称及び代表者の氏名)	〇△ □△〇 印
生 年 月 日	S〇〇年〇〇月〇〇日生

次のとおり営業を廃止するので、営業施設認定証を添えて届け出ます。

営 業 者	住 所	〒〇〇〇-△△△△ 広島県〇〇市〇〇町〇〇番地 電話番号 (〇〇〇) △△△-□□□□
	氏 名	〇△ □△〇
営 業 所	所 在 地	〒〇〇〇-△△△△ 広島県××市××町××番地 電話番号 (〇〇〇) △△△-□□□□
	名称, 屋号又は商号	××屋商店
	営 業 の 種 類	加工水産物販売業 <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">認定証 参照</span>
	現に受けている営業施設の認定番号及びその年月日	指 令 第 号 平 成 年 月 日
廃 止 年 月 日	平 成 〇〇年 △△月 □□日	
廃 止 の 理 由	転業 <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">解散</span> 死亡 その他 ( )	

注 1 届出者が法人の場合には、社印及びその代表者印を押印すること。

2 用紙の大きさは、日本工業規格A列4とする。