

様式第10号（第15条関係）

営 業 廃 止 届

年 月 日

広島県西部保健所長 様

郵便番号

届出者 住 所

氏 名

⑨

〔 法人にあつては、その名称、主たる
事務所所在地及び代表者の氏名 〕

郵便番号

営業者 住 所

氏 名

〔 法人にあつては、その名称、主たる
事務所所在地及び代表者の氏名 〕

営業所所在地

営業所の名称、屋号又は商号

営業の種類

営業の許可番号・許可年月日 指令 第 号 年 月 日

次のとおり営業を廃止したので、営業許可証を添えて届けます。

1 廃止年月日 年 月 日

2 廃止の理由（転業、解散、死亡、その他）

注 1 不用の文字は、消すこと。

2 用紙の大きさは、日本工業規格A列4とする