

様式第8号（第9条関係）

営 業 廃 止 届

年 月 日

広島県西部保健所長 様

届出者

住 所 (法人にあつては、主 たる事務所の所在地)	〒
電 話	
氏 名 (法人にあつては、名 称及び代表者の氏名)	印
生 年 月 日	年 月 日生

次のとおり営業を廃止したので、営業施設認定証を添えて届け出ます。

営 業 者	住 所	〒
	氏 名	電話番号
営 業 所	所 在 地	〒
	名称, 屋号又は商号	電話番号
	営 業 の 種 類	
	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 年 月 号 日
廃 止 年 月 日	年 月 日	
廃 止 の 理 由	転業 解散 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。