営業廃止届

　　年　　月　　日

　　　広島県東部保健所長　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 | 〒電話番号　　　　　 |
| 氏名 | 　 |
| 営業所 | 所在地 | 〒電話番号　　　　　 |
| 名称，屋号又は商号 | 　 |
| 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　　　　　　　号　　　　　　　年　　　月　　　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，日本産業規格Ａ列4とする。