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。