

許可営業廃止届出書

年 月 日

(宛先) 茅ヶ崎市保健所長

住所（法人にあつては、所在地）

届出者 氏名（法人にあつては、<sup>ふりがな</sup>名称及び代表者の<sup>ふりがな</sup>氏名<sup>ふりがな</sup>）

電話番号

食品衛生法第54条に規定する営業を廃止したので、次のとおり届け出ます。

ふりがな 施設の名称等		
施設の所在地		
自動車登録番号		
施設の電話番号		
営業許可業種	許可番号及び許可年月日	営業の種類（主として取り扱う食品、添加物、器具又は容器包装） 備考
	1 第 - 年 - 月 号日	
	2 第 - 年 - 月 号日	
	3 第 - 年 - 月 号日	
廃業年月日		年 月 日
廃業の理由		

- 備考 1 「施設の名称等」の欄は、施設の名称、屋号又は商号を記入してください。  
 2 「自動車登録番号」の欄は、自動車において調理をする営業の場合に記入してください。  
 3 食品営業許可証を添付してください。