

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 ^{ふりがな}氏名（法人にあつては、^{ふりがな}名称及び^{ふりがな}代表者の氏名）

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	-	-	号		
			年	月	日		
	2	第	-	-	号		
		年	月	日			
3	第	-	-	号			
		年	月	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。