第１０号様式（第９条関係）

許可営業休止届出書

|  |
| --- |
| 　　年　　月　　日　（宛先）茅ヶ崎市保健所長　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所（法人にあっては、所在地）　　　ふりがな　　　　　　　　　　　　ふりがな　　　　　　　ふりがな　　　　　　　　　　　　　　　　　届出者　氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号食品衛生法第５４条に規定する営業を継続して１月以上休止するので、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 |  |
| 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 |  |  |
| 休業期間 | 年　　　月　　　日から　　　年　　　月　　　日まで |
| 休業の理由 |  |

備考　「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。