

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 名称及び代表者のふりがな 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。