

届出営業廃止届出書

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）	
ふりがな 届出者 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 57 条第 1 項に規定する営業及び茅ヶ崎市食品衛生条例第 3 条に規定する食品販売業を廃止したので、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	
届 出 番 号	
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 食品営業届出済証を添付してください。