

営 業 廃 止 届

令和 年 月 日

広島県西部保健所長 様

郵便番号 ー

届出者 住 所

氏 名 (印)

〔法人にあつては、その名称、主たる事務所の  
所在地及び代表者の氏名〕

郵便番号 ー

営業者 住 所

氏 名

〔法人にあつては、その名称、主たる事務所の  
所在地及び代表者の氏名〕

営業所所在地

営業所の名称、屋号又は商号

営業の種類

営業の許可番号・許可年月日 指令 第 号 年 月 日

次のとおり営業を廃止したので、営業許可証を添えて届けます。

- 1 廃止年月日 年 月 日
- 2 廃止の理由(転業、解散、死亡、その他)

注 1 不用の文字は、消すこと。

2 用紙の大きさは、日本工業規格A列4とする。