

様式第8号（第9条関係）

営 業 廃 止 届

令和 年 月 日

広島県西部保健所長 様

届出者

住 所 〔法人にあつては、主たる事務所の所在地〕	〒
電 話	( ) —
氏 名 〔法人にあつては、名称及び代表者の氏名〕	(印)
生 年 月 日	年 月 日生

次のとおり営業を廃止したので、営業施設認定証を添えて届け出ます。

営 業 者	住 所	〒
		電話番号
	氏 名	
営 業 所	所 在 地	〒
		電話番号
	名 称、屋号又は商号	
	営 業 の 種 類	
	現に受けている 営業施設の認定 番号及びその年月日	指 令 第 年 月 号 日
廃 止 年 月 日		年 月 日
廃 止 の 理 由	転 業 解 散 死 亡 その他( )	

注 1 届出者が法人の場合には、社印及びその代表者印を押印すること。

2 用紙の大きさは、日本工業規格A列4とする。