

年 月 日

福井県 保健所長 様

届出者住所

氏 名

年 月 日生

(法人の場合は、その名称、所在地および代表者の氏名)

電話 ( )

### 営 業 廃 止 届

下記のとおり営業を廃止したので、福井県食品衛生条例第 11 条の規定により届け出ます。

#### 記

- 1 営業所の所在地
- 2 営業者の氏名
- 3 営業所の名称、屋号または商号および電話番号
- 4 営業許可（営業登録）年月日および指令番号
- 5 営業廃止年月日
- 6 営業廃止理由

#### 備考

- 1 申請者（申請者が法人であるときは、その代表者）が自署する場合には、押印が不要です。
- 2 現に受けている営業許可証または営業登録済証を添えてください。