

年 月 日
整理番号：

江差保健所長 様

廃業届（許可営業・届出営業）

食品衛生法施行規則第71条の2の規定に基づき次のとおり届け出ます。

営業者情報	郵便番号：	電話番号：	FAX番号：
	電子メールアドレス：		法人番号：
	届出者（営業者）住所 ※法人にあつては、所在地		
	(ふりがな)	(生年月日)	
	届出者（営業者）氏名 ※法人にあつては、その名称及び代表者の氏名		年 月 日生
営業施設情報	郵便番号：	電話番号：	FAX番号：
	電子メールアドレス：		
	施設の所在地		
	(ふりがな)		
	施設の名称、屋号又は商号		
	自動販売機の型番	自動車登録番号	
営業許可業種	許可番号及び許可年月日	営業の種類	備考
	1	年 月 日	
	2	年 月 日	
	3	年 月 日	
	4	年 月 日	
営業届出	営業の形態		備考
	1		
	2		
	3		
廃業年月日			
担当者	(ふりがな)	電話番号	
	担当者氏名		

備考

「整理番号」欄は、記載しないこと。