

廃業届

平成 年 月 日

(あて先) 千葉市保健所長

〒

住 所

連絡先 TEL

連絡先電子メールアドレス

@

フリガナ

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〕

廃業したので、千葉市食品衛生法施行細則第16条の規定により、次のとおり届け出ます。

1	営業所所在地	千葉市 区		
2	営業所の名称、 屋号又は商号			
番号	3 許可番号及び その年月日	4 営業の種類	5 許可の有効期限	備 考
	第 一 号 平成 年 月 日		平成 年 月 日	
	第 一 号 平成 年 月 日		平成 年 月 日	
	第 一 号 平成 年 月 日		平成 年 月 日	
	第 一 号 平成 年 月 日		平成 年 月 日	
	第 一 号 平成 年 月 日		平成 年 月 日	
6	廃業年月日	平成 年 月 日		

添付書類 食品営業許可証を添付すること。

注1 許可番号及びその年月日の欄は、現に受けている許可に係る許可番号及びその年月日を記載すること。

2 個人が届け出る場合は、記名押印に代えて署名によることができる。