

年 月 日

(宛先) 秋田市保健所長

住 所
届出者
氏 名

年 月 日生

法人にあっては、主たる事務所の
所在地、名称および代表者の氏名

廃業（休業）について（届出）

次のとおり廃業（休業）したので、食品衛生法施行細則第4条第1項の規定により
届け出ます。

- 1 営業所所在地
- 2 営業所の名称、屋号又は商号
- 3 営業の種類
- 4 営業許可年月日および指令番号
- 5 廃業（休業）年月日
- 6 理 由