

記入日

20▲▲年 ● 月 ●● 日

町田市保健所長 様

保健所に申請している
営業者(個人又は法人)

届出者

住 所

町田市中町●丁目●番地●号
▲▲ビル■ ■ ■号室

氏 名

■ ■ ■ ■ ■ ■

電話番号

××× (××××) ××××

〔 法人の場合は、その名称、主たる
事務所の所在地及び代表者の氏名 〕

廃 業 届

廃業しましたので、〔 町田市食品衛生法施行細則第9条
食品製造業等取締条例第9条第1項 〕の規定により、下記のとおり届け出ます。

記

営業所の所在地	東京都町田市 森野●丁目●番地●号 ◆◆◆ビルディング▲▲▲	
営業所の名称等	●●●●●●●●	
廃業年月日	20▲▲ 年 ● 月 ●● 日	<p>廃業した年月日</p> <p>※廃業予定日ではありません。</p>
営業許可の番号及び年月日		営 業 の 種 類
1	第 20■ ■ -00●-▼▼▼▼号 20●●年×月×日	飲食店営業
2	第 号 許可年月日	
3	許可書の右上にある 許可番号のとおり記入	年 月 日
4	第 号 年 月 日	
5	第 号 年 月 日	
備考	<p>お届けの際は…</p> <p>廃業対象となる業種の許可書(原本)もお持ちください</p>	