

年 月 日

町田市保健所長 様

住 所  
届出者  
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		
営業所の名称等		
廃業年月日	年 月 日	
	営業許可の番号及び年月日	営業の種類
1	第 号 年 月 日	
2	第 号 年 月 日	
3	第 号 年 月 日	
4	第 号 年 月 日	
5	第 号 年 月 日	
備考		