

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 | | |