

号

営業廃止届

年 月 日

北海道北見保健所長 様

申請者住所

氏名

(法人にあつては、主たる事務所の所在地、その名称及び代表者の氏名)

次のとおり営業を廃止しましたので許可証を添えて届出いたします。

記

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 業種番号

5 管理番号

6 営業の廃止年月日 年 月 日

7 許可証を添付できない場合その理由