

食品営業廃業届

平成 年 月 日

大町保健所長殿

営業者住所（法人の場合は本社住所）

営業者氏名（法人の場合は法人名及び代表者）

昭和 年 月 日生

（法人の場合は記入の必要なし）

1 営業所所在地

2 営業の種類

3 営業所の名称、屋号又は商号

4 営業許可年月日

平成 年 月 日から 平成 年 月 日

5 営業許可番号

長野県大町保健所指令 第 1 号の

6 廃業の理由

7 廃業年月日

平成 年 月 日

8 営業者死亡による廃業の場合営業者氏名

添付書類

食品営業許可指令書

保健所		食協	
台帳記入	電算入力	本部	支部