

様式第9号（第9条、第16条関係）

廃業届

年 月 日

保健所長 様

届出者氏名 印

〔法人にあつては、その名称、主たる
事務所の所在地及び代表者の氏名〕

廃業しましたので、長崎県食品衛生に関する規則〔第9条〕の規定により、次の
とおり届け出ます。〔第16条〕

営業者氏名			
営業者住所			
営業所の所在地 又は販売区域			
営業所の名称、 屋号又は商号			
	許可番号	営業の種類（種別）	備考
1			
2			
3			
4			
5			
廃業年月日			
廃業の理由			
添付書類		1 許可指令書	