

営業休止(再開, 廃止)届出書

平成 年 月 日

市立函館保健所長 様

住所  
(法人にあっては, 主たる  
事務所の所在地)

届出者

(ふりがな)  
氏名  
(法人にあっては, その名  
称および代表者の氏名)

次のとおり営業を休止(再開, 廃止)したので, 函館市食品衛生法施行細則第10条の規定により届け出ます。

営業所所在地	函館市 町 丁目 番(地) 号 (ビル 階)
営業所の名称, 屋号または商号	
営業の種類	
現に受けている営業許可の番号	
休止(再開, 廃止)年月日	平成 年 月 日

添付書類

廃止の場合にあっては, 営業許可証