

食品行商（販売業，製造業）営業休止（再開，廃止）届

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）

次のとおり食品製造業，販売業（行商）の営業を休止（再開，廃止）したので，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	
現に受けている登録（許可）の 番号	
休止（再開，廃止）年月日 （休止の場合はその期間を記入）	平成 年 月 日

添付書類

廃止の場合にあっては，営業許可証，登録票，記章および検査済の標識を添えること。