

廃業届 (許可営業・届出営業)

記入(届出)日を記載して下さい。

令和 3 年 10 月 1 日

整理番号:

※申請者、届出者による記載は不要です。

北海道室蘭保健所長 様

食品衛生法施行規則第71条の2の規定に基づき次のとおり届け出ます。

営業者情報	郵便番号: 051 - 8555	電話番号: (0143)24-9849	FAX番号: (0143)24-5282
	電子メールアドレス: ○○○@●●.jp		法人番号: 法人の場合は13ケタの法人番号を記載
	届出者(営業者)住所 ※法人にあっては、所在地 室蘭市海岸町1-4-1		
	(ふりがな) むろらん たろう	(生年月日) 大正・昭和・平成 55年5月5日生	
営業施設情報	郵便番号: 051 - 8555	電話番号: (0143)24-9849	FAX番号: (0143)24-5282
	電子メールアドレス: ○○○@●●.jp		
	施設の所在地 室蘭市海岸町1-4-1		
	(ふりがな) コンビにえんすすとあ むろらん		
施設の名称、屋号又は商号 コンビニエンスストア 室蘭		自動販売機の型番 ※自販機の廃業の場合は記載	自動車登録番号 ※自動車営業の廃業の場合は記載
営業許可業種	許可番号及び許可年月日	営業の種類	備考
	1 年 月 日	記載不要	
	2 年 月 日		
	3 年 月 日		
4 年 月 日			
営業届出	営業の形態		備考
	1 コンビニエンスストア		
	2		
3			
廃業年月日		令和3年9月30日	
担当者	(ふりがな) むろらん たろう		電話番号
	担当者氏名 室蘭 太郎		(0143)24-9849

備考

「整理番号」欄は、記載しないこと。