

廃業届出書

〇〇年 〇月 〇〇日

（宛先）新潟市保健所長

届出者

住所（法人にあ
っては所在地） 新潟市×××△△

営業許可書の「申請者」についてご記入ください。
個人で申請の場合は、ご自宅の住所及び氏名、電話番号をご記入ください。

氏名（法人にあ
っては名称及び
代表者の氏名） 株式会社ニイガタ日本
代表取締役 新潟花子

電話番号 025-〇〇〇-〇〇〇〇

廃業したので、新潟市食品衛生法施行細則第19条第1項の規定により届け出ます。
新潟県食品衛生条例第9条

| | | |
|-------|--|----------|
| 営業所 | 名称 レストラン新潟市役所 | |
| | 所在地 新潟市 中央区〇〇△△ 電話番号 025-〇〇〇-〇〇〇〇 | |
| 営業の種類 | 許可年月日 | 許可番号 |
| 乳類販売業 | 〇〇年 〇月 〇日 | 第 1234 号 |
| | 廃業する業種について、営業許可書に記載されている許可年月日、許可番号（許可書右上に記載）を記入してください。 | |
| 廃業年月日 | 〇〇 年 〇月 〇〇日 | |

添付書類 営業許可書

原本を添付してください。
紛失した場合は申し出てください。

注 太線の枠内だけ記入してください。

| | | | | |
|----|----|----|-------------|----|
| 課長 | 補佐 | 係長 | 係 | 担当 |
| | | | | |
| 備考 | | | 処理 年 月 日 | |