

廃業届出書

年 月 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）

氏名（法人にあ
っては名称及び
代表者の氏名）

電話番号 - -

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	
	所在地 新潟市 電話番号 - -	
営業の種類	許可年月日	許可番号
廃業年月日	年 月 日	

添付書類 営業許可書

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	