

休業  
復業 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

（☐休業・☐復業）したので、新潟市食品衛生法施行細則第18条第1項  
新潟県食品衛生条例第9条の規定により届け出ます。

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
休業	休業年月日及び予定期間 年 月 日から か月	
	理由	
	営業施設の構造設備 <input type="checkbox"/> 許可時（現状）の状態におく。 <input type="checkbox"/> 休業中は他の用途に供する。 <input type="checkbox"/> 一部構造設備を変更する。 <input type="checkbox"/> その他	
復業	復業年月日 年 月 日	

注 は該当するものにレ印を記入してください。

注 太線の枠内だけ記入してください。

施設構造設備の 検査及び意見 （復業の場合）	検査日		年 月 日		食品衛生監視員		印	
	意見等					摘要		
決裁	受理	不受理	課長	補佐	係長	係	起案	年 月 日
	年 月 日							氏名
								印