食品営業許可廃業証明願

年　　月　　日

千葉県印旛保健所長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人にあっては、名称、主たる事務所の所在地

及び代表者の氏名

食品衛生法施行細則に基づき、次のとおり廃業の届出を提出したことを証明願います。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 営業所所在地 | |  | | |
| 営業所の名称 | |  | | |
| 営業の種類 | | 許可番号 | 許可年月日 | 備　　考 |
| １ |  | 第　　　－　　　号 | 年　　月　　日 |  |
| ２ |  | 第　　　－　　　号 | 年　　月　　日 |  |
| ３ |  | 第　　　－　　　号 | 年　　月　　日 |  |
| ４ |  | 第　　　－　　　号 | 年　　月　　日 |  |
| ５ |  | 第　　　－　　　号 | 年　　月　　日 |  |
| 廃業の届出　提出年月日 | | 年　　　　月　　　　日 | | |

証明が必要な理由

上記のとおり相違ないことを証明します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　千葉県印旛保健所長