

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 一 号	年 月 日	
2		第 一 号	年 月 日	
3		第 一 号	年 月 日	
4		第 一 号	年 月 日	
5		第 一 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