年　　月　　日

**無店舗取次廃止届**

広島市保健所長　宛

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受付印 | 〒 | － |
| 届出者住所 |  |
| （電話番号） | （　　　　－　　　　　　－　　　　　　　）　　　　※押印は不要です。 |
| 届出者氏名 |  |
|  | （法人の場合は、その名称、所在地及び代表者の氏名） |

次のとおり届け出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| 無店舗取次店の  名称 |  |
| 業務用車両の自動車登録番号または車両番号 |  |
| 廃止年月日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 廃止理由 |  |
| 営業者との続柄 | □本人　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |