年　　月　　日

**事業廃止届出書**

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 |
| 届出者名称 |  |
|  | （法人の場合は、その名称、所在地及び代表者の氏名） |
|  | 代表者住所 |  |

次のとおり届け出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| 登録を受けた  事業の区分 |  |
| 登録番号 |  |
| 営業所の名称 | 電話番号　　　－　　　　－ |
| 営業所の所在地 | 〒 |
| 廃止年月日 | 年　　　　月　　　　日 |