年　　月　　日

**停止届**

広島市保健所長　宛

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受付印 | 〒 | － |
| 設置者住所 |  |
| （電話番号） | （　　　　－　　　　　　－　　　　　　　）　　　　※押印は不要です。 |
| 設置者氏名 |  |
|  | （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。

|  |  |
| --- | --- |
| 施設の名称 |  |
| 施設の所在地 | 〒  広島市　　　　　区 |
| 営業の種類 | □化製場　□死亡獣畜取扱場　□施設　□動物の飼養・収容 |
| 停止年月日※ | 年 　　月　 　日　～　　 　年　 　月　 　日 |
| 理由 |  |

《連絡先》

|  |  |
| --- | --- |
| 担当部署 |  |
| 担当者名 |  |
| 電話番号 |  |

※ 停止届の提出後に停止期間を変更（短縮又は延長）した場合は広島市保健所へご連絡ください。