

廃止届

令和 年 月 日

広島市保健所長

受付印

届出者の住所

電話番号

(ふりがな)

氏名

生年月日 (大・昭・平) 年 月 日
(法人にあつては、法人の名称、主たる事務所の所在地及び代表者の氏名)

営業者 (設置者) との続柄

施設の所在地 広島市 区 丁目 番 号 番地	ビル名称及び階
施設の名称・屋号又は商号	営業の種類・類別
許可・認定年月日 年 月 日	許可・認定番号 許可・認定 第 号
廃止年月日 年 月 日	
廃止の理由 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 法人解散 <input type="checkbox"/> 移転 <input type="checkbox"/> 改築・改装 <input type="checkbox"/> その他 ()	

ここから下には記入しないでください。

確認	決裁	台帳処理
/	/	/
特記事項		

(伺い)

係	係長	課長
/		

(受付)

係	係長
/	/