

様式第8号

廃 止 届

年 月 日

(あて先)福岡市 保健所長

届出者 住 所
氏 名

(法人にあつては、その名称、主たる事務所の所在地及び
代表者の氏名)

次のように営業を廃止したので、福岡市食品衛生規則第7条第1項の規定により届け出ます。

| 営 業 所 所 在 地 | 営業所の名称， 屋号又は商号 | 営業の種類 | 現に受けている営業許可 の番号及びその年月日 |
|-------------|-------------------|-------|---------------------------|
| | | | 第 年 月 号 日 |
| | | | 第 年 月 号 日 |
| | | | 第 年 月 号 日 |
| | | | 第 年 月 号 日 |
| | | | 第 年 月 号 日 |
| 廃 止 年 月 日 | 年 月 日 | | |
| 廃 止 の 理 由 | | | |