

営 業 許 可 申 請 書 取 下 願

年 月 日

(あて先) 福岡市保健所長

住 所

氏 名

(法人にあっては、その名称、主たる事務所の所在地及び代表者の氏名)

次のとおり 年 月 日申請の営業許可申請書を取り下げたいので願い出ます。

なお、福岡市衛生関係手数料条例第 4 条の規定により、手数料の返還を受けなくても異存はありません。

営 業 所 所 在 地	
営業所の名称、屋号又は商号	
営 業 の 種 類	