様式第１０号

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 決裁 | 課長 | 係長 | 担当者 |
|  |  |  |

旅 館 業 営 業 廃 止 届

令和　　　年　　　月　　　日

（宛先）福岡市保健所長

住　所

届出者

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

　次のとおり旅館業の営業を廃止したので、旅館業法施行規則第４条の規定により届け出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| 営業施設の名称 |  |
| 営業施設の所在地 | 福岡市　　　区 |
| 営業の種別 |  |
| 営業許可年月日及び許可番号 | 年　　　月　　　日　　福　保環　第　　　　　　号 |
| 廃止年月日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 廃止の理由 |  |