

## 許可営業廃止等届出書

年 月 日

(あて先)

八尾市保健所長

届出者 住 所

氏 名

(法人にあつては、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名)

八尾市食品衛生法等施行条例第 6 条の規定により、次のとおり食品営業の廃止等の届出をします。

営業所の名称	
営業所の所在地	
営業者の氏名	
営業の種類	
許可の年月日 及び番号	年 月 日 第 号
廃止等の年月日	年 月 日
廃止等の理由	