

京都市保健所長 様

廃業届

食品衛生法施行規則（第71条の2）の規定に基づき次のとおり関係書類を提出します。

※ 以下の情報は「官民データ活用推進基本法」の目的に沿って、原則オープンデータとして公開します。
 申請者または届出者の氏名等のオープンデータに不都合がある場合は、次の欄にチェックしてください。
 氏名 住所 営業施設名称、屋号又は商号 営業施設所在地 営業施設連絡先

※太枠内は、必ず記載して下さい。

申請者・届出者情報	郵便番号：	電話番号：	FAX番号：	
	電子メールアドレス：		法人番号：	
	申請者・届出者住所 ※法人にあつては、所在地			
	(ふりがな)	(生年月日)		
営業施設情報	申請者・届出者氏名 ※法人にあつては、その名称及び代表者の氏名		※法人の場合は不要 年 月 日生	
	郵便番号：	電話番号：	FAX番号：	
	電子メールアドレス：			
	施設の所在地			
営業許可・届出業種	(ふりがな)			
	施設の名称、屋号又は商号			
	自動車登録番号 ※ 自動車による営業の場合			
	<table border="1"> <tr> <td>廃業年月日</td> <td></td> </tr> </table>			廃業年月日
廃業年月日				
営業許可・届出業種	許可番号及び許可年月日 ※許可営業の場合のみ記入	営業の種類又は形態	備考	
	1 京都市指令 第 号 年 月 日			
	2 京都市指令 第 号 年 月 日			
	3 京都市指令 第 号 年 月 日			
	4 京都市指令 第 号 年 月 日			
担当者	(ふりがな)	電話番号	収受印(医療衛生センター用)	
	担当者氏名			
備考				