

別記様式第17号(第23条関係)

営 業 廃 止 届
給 食

年 月 日

石川県能登中部保健所長 様

住 所 (法人にあっては、主
たる事務所の所在地)

氏 名 (法人にあっては、名
称及び代表者の氏名)

印

次のとおり 営業 給食 を廃止したので、届け出ます。

施設又は 営業所	所 在 地	
	名称、屋号又は商号	
営 業 の 種 類		
兼業がある場合は、その種類		
廃 業 年 月 日		
備 考		

備考

- 1 用紙の大きさは、日本工業規格A4とする。
- 2 届出者本人(法人にあっては、代表者に限る。)が署名する場合は、押印を省略することができます。