

第4号様式 (第15条関係)

年 月 日

保健所長 様

許可業者 郵便番号

住所

ふりがな
氏名

(法人の場合は、主たる事務所の所在地、名称
及び代表者の職・氏名)

電話番号

生年月日

年 月 日

営業休業届出書

営業を休業しますので、高知県食品衛生法施行条例第6条第1項の規定により次のとおり届け出ます。

営業施設	所在地	郵便番号
	名称、屋号 又は商号	電話番号
営業の種類		
営業許可番号		
営業許可年月日		年 月 日
営業許可の有効期間		年 月 日から 年 月 日まで
休業予定期間		年 月 日から 年 月 日まで

- 注 1 法人の名称及び代表者の氏名並びに「営業施設」の「名称、屋号又は商号」欄は、振り仮名を付けてください。
- 2 「営業の種類」欄は、食品衛生法施行令第35条各号に規定する営業名を記入してください。
- 3 「休業予定期間」欄は、休業予定期間が未定の場合は、休業を開始する予定の日のみを記入してください。
- 4 営業を30日間以上休業しようとするときに届け出てください。