

参考様式

廃 止 届

年 月 日

(宛先) 富山市保健所長

住所 (法人所在地)

届出者

氏名 (法人名)

電話

次のとおり届け出ます。

営業施設	名 称	
	所在地	
許可情報	営業の種類	
	許可番号	
廃止情報	最終営業日	年 月 日
	廃止の理由	<input type="checkbox"/> 法人または個人に変更 <input type="checkbox"/> 別の営業者に変更 <input type="checkbox"/> 施設の移転 (<input type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 市外) <input type="checkbox"/> 契約の満了 <input type="checkbox"/> その他の理由 ()