様式第8号(第11条関係)

廃　止　届

年　　月　　日

福岡県　　保健福祉（環境）事務所長　殿

 〒

 届出者 住　所

 TEL

 氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人にあっては、主たる事務所の

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地、名称及び代表者の氏名

　　食品衛生法施行細則第11条の規定により、下記のとおり届出します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 営業所の所在地 |  |
| フリガナ営業所の名称、屋号又は商号 |  |
|  | 営業の種類 | 許可番号及び許可年月日 | 備　　　　考 |
| １ |  | 第　　　　　号年　　月　　日 |  |
| ２ |  | 第　　　　　号年　　月　　日 |  |
| ３ |  | 第　　　　　号年　　月　　日 |  |
| ４ |  | 第　　　　　号年　　月　　日 |  |
| ５ |  | 第　　　　　号年　　月　　日 |  |
| 備　　　　　　　　　考 |  |