

廃止届

年 月 日

(宛先) 名古屋市保健所長

営業者住所

氏 名

年 月 日生

〔 法人の場合は、その名称、
所在地及び代表者の氏名 〕

下記のとおり、クリーニング所又は無店舗取次店の営業を廃止しましたので、
届け出ます。

記

1 廃止した クリーニング所 無店舗取次店 の名称及び 所在地
営業区域

2 廃止の理由

3 廃止の年月日

※ 連絡先：担当者氏名 () 電話番号 ()