

営業停止（廃止）届

年 月 日

（宛先）名古屋市保健所長

営業の種類

名 称

所 在 地

営業者住所

氏名

年 月 日生

（法人の場合は、その名称、事
務所所在地及び代表者の氏名）

下記のとおり、停止
廃止 しましたので、届け出ます。

記

1 停止の期間

年 月 日から

年 月 日まで

（廃止年月日）

年 月 日

2 停止（廃止）の理由

※ 連絡先:担当者氏名() 電話番号()