

報 告 営 業 廃 業 届

年 月 日

神奈川県 保健福祉事務所長殿

届出者 郵便番号

住 所

氏 名

生年月日 年 月 日

電話番号（ ） —

〔法人にあつては、主たる事務所の
所在地、名称及び代表者の氏名〕

次のとおり報告営業を廃業したので、届け出ます。

営 業 所 の 所 在 地	電話番号（ ） —
営 業 所 の 名 称	
営 業 の 種 類	
営 業 報 告 済 み の 年 月 日 及 び 番 号	年 月 日 第 号
廃 業 年 月 日	年 月 日
備 考	