

藤沢市保健所長

営業休止（再開）届

藤沢市食品衛生法施行細則第12条第4項の規定により届出をします。

申請者情報	郵便番号：		電話番号：		FAX番号：																				
	電子メールアドレス：				法人番号：																				
	申請者住所 ※法人にあっては、所在地																								
	(ふりがな)				(生年月日) ※個人の場合																				
営業施設情報	申請者氏名 ※法人にあっては、その名称及び代表者の氏名				S・H・西暦 年 月 日生																				
	郵便番号：		電話番号：		FAX番号：																				
	電子メールアドレス：																								
	施設の所在地																								
営業許可業種	(ふりがな)																								
	施設の名称、屋号又は商号																								
	自動車による営業の場合		自動車登録番号：																						
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">許可番号及び許可年月日</th> <th>営 業 の 種 類</th> <th>備考</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>第 ー ー 号 年 月 日</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>第 ー ー 号 年 月 日</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>第 ー ー 号 年 月 日</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>第 ー ー 号 年 月 日</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>						許可番号及び許可年月日		営 業 の 種 類	備考	1	第 ー ー 号 年 月 日			2	第 ー ー 号 年 月 日			3	第 ー ー 号 年 月 日			4	第 ー ー 号 年 月 日	
許可番号及び許可年月日		営 業 の 種 類	備考																						
1	第 ー ー 号 年 月 日																								
2	第 ー ー 号 年 月 日																								
3	第 ー ー 号 年 月 日																								
4	第 ー ー 号 年 月 日																								
休業(再開)年月日		☐ 休業 ☐ 再開 年 月 日																							
備考																									
担当者	(ふりがな) 担当者氏名				電話番号																				

決裁				システム入力	監視票入力	起案	年 月 日
	課長	課長補佐	主査	担当	調査日	決裁	年 月 日
					／ () 午前・午後	施行	年 月 日