

主管課長	主 査	担当者

年 月 日

新宿区保健所長 宛て

住 所  
届出者  
氏 名

(法人の場合は、その名称、主たる事務所の所在地及び代表者の氏名)

## 廃 業 届

下記のとおり廃業したので、関係書類を添えて届け出ます。

記

営業所の所在地	東京都新宿区	
営業所の名称等		
廃業年月日	年 月 日	
	営業許可の番号及び年月日	営業の種類
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		

台帳処理済	
-------	--