

様式第3号（第11条関係）

年 月 日

徳島県東部保健福祉局長 殿

住所（法人の場合は、主たる事務所の所在地）

届出者 氏名（法人の場合は、その名称及び代表者の氏名）

年 月 日生

営 業 休 止 届

営業を休止しますので、食品衛生法施行条例第5条第1項の規定により次のとおり届け出ます。

営 業 所 所 在 地	
営業所の名称，屋号又は商号	
営 業 の 種 類	
営業許可の番号及び年月日	年 月 日 号
営 業 休 止 の 年 月 日	年 月 日
営 業 休 止 の 理 由	