|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 様式第７号（第８条関係） | | | |  | | | | 年　　　月　　　日 | | |
|  | | | | | | | | |  |  |
| （宛先）高松市保健所長 | | | | | | |  | |  |  |
| 休業（再開）届 | | | | | | | | | | |
|  | 次のとおり休業（再開）したので、高松市食品衛生法施行細則第８条の規定に基づき届け出ます。 | | | | | | | | | |
| 届出者情報 | | 郵便番号： | | | | 電話番号： | | | | FAX番号： |
| 電子メールアドレス： | | | | | | | | 法人番号： |
| 届出者住所　※法人にあっては、主たる事務所の所在地 | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| （ふりがな） | | | | | | | | （生年月日） |
| 届出者氏名　※法人にあっては、その名称及び代表者の氏名 | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | 年　　　月　　　日生 |
| 営業施設情報 | | 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 | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| （ふりがな） | | | | | | | | |
| 施設の名称、屋号又は商号 | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 営業許可業種 | | 許可の番号及び許可年月日 | | | 営　業　の　種　類 | | | | | 備　考 |
| 1 | 年　　月　　日 | |  | | | | |  |
| 2 | 年　　月　　日 | |  | | | | |  |
| 3 | 年　　月　　日 | |  | | | | |  |
| 4 | 年　　月　　日 | |  | | | | |  |
| 休業（再開）年月日 | | | | | 年　　　月　　　日 | | | | | |
| 休業の場合は、  再開予定年月日 | | | | | 年　　　月　　　日 | | | | | |
| 休業（再開）の理由 | | | | |  | | | | | |
| 担当者 | | （ふりがな） | | | | | | | | 電話番号 |
| 担当者氏名 | | | | | | | |  |
| 備考 | |  | | | | | | | | |

注　太枠内は必ず記載してください。