

（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 ※法人にあつては、主たる事務所の所在地		
	(ふりがな)		(生年月日)
届出者氏名 ※法人にあつては、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。