

年 月 日

変 更
 廃 止 届 書

北九州市保健所長 様

住 所 _____

氏 名 _____

(法人にあつては、その名称、主たる事務所所在地及び代表者氏名)

次のとおりお届けします。

記

1 営業の種類 _____

2 営業施設の所在地及び名称並びに営業者の氏名

所 在 地 北九州市 区 _____

名 称 _____

営業者の氏名 _____

3 届出の区分及びその内容

変 更

変 更 事 項 _____

変 更 前 (_____)

変 更 後 (_____)

※ 構造設備を変更した場合は、変更前及び変更後の状況を明らかにした図面を添付すること。

廃 止

廃止年月日 年 月 日

廃止の理由 _____

4 代理人が申請する場合は、その理由

(注意) □の欄は、該当するものにレ印をつけてください。