

無店舗取次店営業廃止届

年 月 日

(宛先) 岡崎市保健所長

営業者 住 所.....

氏 名.....

( 法人にあっては、主たる事務所の  
所在地、名称及び代表者の氏名 )

電話番号.....

次のとおり無店舗取次店の営業を廃止しました。

名 称	
廃 止 年 月 日	年 月 日
廃 止 の 理 由	

(添付書類)

廃止する無店舗取次店の確認済証