

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.....

フリガナ  
氏 名.....

〔 法人にあつては、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	
廃 止 の 理 由	