

様式第八

休 止
廃 止 届 書
再 開

登録番号		登録年月日	
衛 生 検 査 所 の 名 称			
衛 生 検 査 所 の 所 在 地	〒		
休止、廃止又は再開の年月日			
備 考			

休止
上記により、廃止の届出をします。
再開

令和 年 月 日

住 所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

氏 名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

大阪市保健所長様

保健福祉センター受付印	大阪市保健所受付印

◎提出部数：2部