

休 止 届 書  
廃 止  
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     | 〒<br><br>TEL |       |  |
| 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

年 月 日

住 所 (法人にあつては、主  
たる事務所の所在地)

氏 名 (法人にあつては、名  
称及び代表者の氏名)

(宛先) 秋田市保健所長

- (注意)
- 1 用紙の大きさは、A4 とすること。
  - 2 字は、墨、インク等を用い、楷書ではつきりと書くこと。
  - 3 休止の場合には、休止、廃止又は再開の年月日欄に「〇年〇月〇日まで休止の予定」と付記すること。