OA

様式第8号(第5条関係)

生食用食肉取扱施設廃止届

　年　　 月　　 日

　豊田市保健所長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　届出者　住　　所

ふりがな

氏　　名

　　　　　　　　　　　　（法人にあっては、名称及び代表者氏名）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 年　　月　　日生

電話番号

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 次のとおり、生食用食肉の | 加工 | を行う営業施設を廃止しました。 |
| 調理 |

|  |  |
| --- | --- |
| 施設の所在地 |  |
| 施設の名称、屋号又は商号 |  |
| 廃止年月日 | 年月日 |