

主管課長	主査	担当者

年 月 日

練馬区保健所長 殿

開設者住所 _____

氏 名 _____

年 月 日生

電話 ()

法人にあつては、その名称、事務所所在地および代表者氏名

廃 止 (停 止) 届

下記のとおり廃止(停止)したので、届け出ます。

記

1 施設の名称 _____

2 施設の所在地 _____

3 種 別 _____

4 廃止年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

(停止年月日) _____ 年 _____ 月 _____ 日から _____ 年 _____ 月 _____ 日まで

6 変 更 理 由 (1)完全廃止 (2)譲 渡 (3)改 築 (4)増 築 (5)増改築

(6)個人 法人 (7)その他

添付書類 廃止の場合は、営業許可書等

	収 受 印	保 健 所 収 受 印

台帳処理済	
年 月 日	