

年 月 日
整理番号：

北海道帯広保健所長 様

営業者死亡（失踪、解散）届（許可営業・届出営業）

次の営業者が死亡（失踪、解散）したので届け出ます。

届出義務者情報	郵便番号：	電話番号：	FAX番号：
	電子メールアドレス：	法人番号：	
	届出者義務者住所 ※法人にあつては、所在地		
	(ふりがな)	(生年月日)	
	届出者義務者氏名 ※法人にあつては、その名称及び清算人の氏名	年 月 日生	
営業者情報	郵便番号：	電話番号：	FAX番号：
	電子メールアドレス：	法人番号：	
	営業者住所 ※法人にあつては、所在地		
	(ふりがな)	(生年月日)	
	営業者氏名 ※法人にあつては、その名称及び代表者の氏名	年 月 日生	
営業施設情報	郵便番号：	電話番号：	FAX番号：
	電子メールアドレス：		
	施設の所在地		
	(ふりがな)		
	施設の名称、屋号又は商号		
	自動販売機の型番	自動車登録番号	
営業許可業種	許可番号及び許可年月日	営業の種類	備考
	1 年 月 日		
	2 年 月 日		
	3 年 月 日		
	4 年 月 日		
営業届出	営業の形態		備考
	1		
	2		
	3		
	死亡（失踪、解散）年月日		
担当者	(ふりがな)	電話番号	
	担当者氏名		

備考

「整理番号」欄は、記載しないこと。