|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 廃止届  年　　月　　日  （宛先）川崎市保健所長  住　所  氏　名  年　　月　　日生  電　話 | | | | | |
|  | | | | 法人にあっては、主たる事務所の  所在地、名称及び代表者の氏名 | |
| 次のとおり廃止しましたので、届け出ます。 | | | | | |
| 所在地 | 川崎市　　　区 | | | | |
| 名称 |  | | | | |
| 営業の種類 | |  | 営業の種別 | |  |
| 廃止年月日 | 年　　　月　　　日 | | | | |
| 廃止の理由 |  | | | | |
| 注　添付書類　理容所適合確認済書 | | | | | |