

様式第 6 号

登録事業廃止届

年 月 日

(あて先) 千葉市保健所長

住 所

(連絡先電話番号)

(連絡先メールアドレス) @

氏 名 (※)

法人にあっては、その名称、主たる事務所の所在地及び
代表者氏名

(※) 法人の場合は、記名押印してください。

法人以外でも本人(代表者)が手書きしない場合は、
記名押印してください。

建築物における衛生的環境の確保に関する法律第 12 条の 2 第 1 項の規定による登録に係る事業を廃止しましたので、建築物における衛生的環境の確保に関する法律施行規則第 33 条第 1 項の規定により届け出ます。

1 登録区分

2 登録番号 第 号

3 営業所の名称

営業所の所在地

4 廃止年月日 年 月 日

※ これまでに交付した登録証明書を合わせて提出して下さい。