**別記様式第３号**（規格Ａ４）（第６条関係）

食　品　営　業　休　業復 業　届

　 　年　　月　　日

　群馬県知事　（保健所長）　　あて

 　 住　所

 法人にあっては、主たる

 事務所の所在地

 氏　名

 法人にあっては、名称及び

 代表者氏名

　次のとおり　休業復業 しました。

|  |  |
| --- | --- |
| 営業所所在地 |  |
| 営業所の名称、屋号又は商号 |  |
| 営業の種類 |  |
| 復業年月日又は休業期間 |  |
| 休業の理由 |  |