

生食用食肉取扱施設廃止届

年 月 日

保健所長 様

届出者 住 所

氏 名

（法人の場合にあっては、その所在地、名称及び代表者氏名）

群馬県生食用食肉取扱施設指導要綱第4条第2項の規定により、生食用食肉取扱施設を廃止したので届け出ます。

記

- 1 営業所の所在地
- 2 営業所の名称、屋号又は商号
- 3 生食用食肉取扱施設確認証交付年月日及び番号
年 月 日付 第 号
- 4 廃止の理由
- 5 廃止の年月日 年 月 日

（添付書類）

生食用食肉取扱施設確認証