別記第11号様式の(2)（第11条関係）

廃　　止　　届

|  |  |
| --- | --- |
| 業務の種別 |  |
| 登録番号及び  登録年月日 |  |
| 店舗の所在地  及び名称 |  |
| 廃止年月日 |  |
| 廃止の日に現に所有す  る毒物又は劇物の品名、  数量及び保管又は  処理の方法 |  |
| 備考 | 廃止の理由： |

上記により、廃止の届出をします。

　　　　年　　　　月　　　　日

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

及び代表者の氏名

吹田市保健所長　　様

【連絡先】　担当者名：

　　　　　　電話番号：