**食品営業廃止届**

　　年　　月　　日

愛知県食品衛生協会安城支部長　殿

営業者住所

営業者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　 印

次のとおり食品営業を廃止いたしました。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　施　設　１ | 廃 止 年 月 日 | 　　　年　　　月　　　日 |
| 屋　　　　 号 |  |
| 廃止した営業所の所在地 |  |
| 現に受けている営業許可 　 衣 保 第 　 ―　 号　 　 　年　　月　　日 から年　　月　　日 まで | 営業期間年　　 | 残り期間年　　 | 前払返済金額円 |
| ●　食品営業賠償共済加入　　　　　　　有　　・　　無　　　☞ 共済加入「有」の場合以下を記入加入者No.　　　　　　　　　-　　　　　　　　　-　　加入者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　(同一の場合記入不要)屋　　号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　(同一の場合記入不要)共済期間　　　　　年　　　月　　　日 から1年間● 現在加入している食品営業賠償共済について□　満期をもって取消します。　　□　届出日をもって解約します。（残り期間　　　ヶ月、　※返金掛金　　　　　　　円）□　内容を変更して継続します。変更内容：加入者名・屋号・営業所所在地・TEL・営業種・掛金区分・口数・コース・その他新内容： |
| 協会費返金 ・ 共済掛金返金(現金) 合計 | 円 |

|  |  |
| --- | --- |
| 受付印 | 会員№ |
| 共済 　**手続済**　・　 |
| 入 力 済 |

上記のとおり受領いたしました。

氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

※共済を口座振替で契約されている方は振込手数料差し引きで後日口座返金となります。