

営 業 再 開 届

年 月 日

盛岡市保健所長 様

営業者 住 所

氏 名

(電話 - - )

〔 法人にあつては、その名称、  
所在地及び代表者の氏名 〕

年 月 日付けで届出した営業停止について、次のとおり営業を再開しますので届け出  
ます。

営業施設	名 称	フリガナ
	所 在 地	盛岡市
許可の種類		
許可年月日及び番号		
営業再開年月日		年 月 日
営業再開理由		