様式第８（第６条関係）

施設番号

登録番号

年　　月　　日

神戸市保健所長　宛

届出者　氏　　名

（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

住　　所　〒

電話番号

□第一種動物取扱業者が死亡

□法人が合併により消滅

□法人が破産手続開始の決定により解散 したので，動物の愛護及び管理に関する法律第16条

□法人が上記以外の理由により解散

□第一種動物取扱業を廃止

第１項の規定に基づき，下記のとおり届け出ます。

記

|  |  |
| --- | --- |
| １ 事業所の名称 |  |
| ２ 事業所の所在地 | 〒 |
| ３ 登録年月日 | 年　　　月　　　日 |
| ４ 登録番号 |  |
| ５ 第一種動物取扱  業者の氏名又は名称 |  |
| ６ 廃業等年月日 | 年　　　月　　　日 |
| ７ 備考 |  |

備　考

１　この届出に係る事務担当者が届出者と異なる場合は、「７ 備考」欄に事務担当者の氏名及び電話番号を記入すること。

２　有効期間内にある登録に係る登録証を有している場合は、当該登録証を添付すること。

３　この届出書の用紙の大きさは，日本工業規格Ａ４とすること。