ふぐ処理施設届出済証紛失届

年　　　月　　　日

（宛先）

大津市保健所長

届出者　住所

氏名

法人にあっては、主たる事務所の所在地

並びに名称及び代表者の氏名

この度、下記のふぐ処理施設届出済を返納するにあたり、添付しなければならない届出済証が平素保管中の場所に見あたらず、紛失したものと思いますので、よろしくお取り計らい願います。

なお、届出済証を発見しましたときは、速やかに返納いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| ふぐ処理施設の所在地 |  |
| ふぐ処理施設の名称 |  |
| 届出済証番号 |  |
| 届出済証交付年月日 |  |