

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

〔法人にあつては、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 | |