

ふぐ処理施設届出済証再交付申請書

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 〕

ふぐ処理施設届出済証の再交付を受けたいので、滋賀県ふぐの取扱いの規制に関する条例第 14 条第 3 項の規定により次のとおり申請します。

ふぐ処理施設の名称	
ふぐ処理施設の所在地	
届出済証番号	第 号
届出済証交付年月日	年 月 日
専任のふぐ処理者の氏名	
再交付の理由	1 亡失 2 き損
亡失・き損の理由	
亡失・き損の年月日	年 月 日

注 用紙の大きさは、日本産業規格A列4番とする。