

(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)

生食用食肉取扱施設届出済証返納届

次のとおり、生食用食肉取扱施設届出済証を返納します。

施設の名称	
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
返納理由	1 施設を廃業したため 2 生食用食肉の取扱いを行わなくなったため 3 生食用食肉の規格基準に適合しなくなったため 4 その他()
廃止等の年月日	年 月 日

添付書類

生食用食肉取扱施設届出済証