

## フグ処理施設届出済証再交付願

年 月 日

和歌山市保健所長 様

申請者 住 所

ふりがな

氏 名

(法人にあつては、主たる事務所の  
所在地、名称及び代表者の氏名)

電 話

和歌山県フグ処理等に関する指導要綱第 10 の 4 の規定により、フグ処理施設届出済証の再交付を願います。

処理業者住所、氏名 <small>(法人の場合は、その名称、所在地及び代表者氏名)</small>			
処 理 施 設 所 在 地			
営業所の名称、屋号又は商号			
現在所有する営業の種類			
フグ処理者氏名	取得年月日	受講（免許）番号	都道府県名
破損又は亡失の別	破損	紛失	

※添付書類：届出済証を破損した場合にあつてはその届出済証