

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