

# フグ処理施設設置届

令和 年 月 日

(あて先) 広島市保健所長

受付印
-----

営業者の住所

(ふりがな)

氏 名

大・昭・平 年 月 日生

(法人の場合は、その名称、所在地および代表者の氏名)

次のとおり、フグ処理施設を設置したいので、広島市フグの処理等に関する指導要綱第6条第1項の規定により届けます。

営業所所在地		番地		ビルの名称及び階	TEL		
広島市	区	町	丁目	番	号		—
営業所の名称、屋号又は商号				営業の種類			
フグ処理開始年月日							
フ グ 処 理 者	氏名	資格取得年月日 .		氏名	資格取得年月日 .		
		講・免	NO.		講・免	NO.	
	氏名	資格取得年月日 .		氏名	資格取得年月日 .		
		講・免	NO.		講・免	NO.	
	氏名	資格取得年月日 .		氏名	資格取得年月日 .		
		講・免	NO.		講・免	NO.	

ここから下には記入しないでください。

現地調査	決裁	照合	公印	台帳処理
/	/	/	/	/
特記事項				

(伺い)

係	係長	課長
/		

(受付)

係	係長
/	/