

フグ 処理
加工
販売 施設設置届済証再交付願

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8条第4項の規定により、フグ 処 理
加 工
販 売 施設設置届済証の再交付を願います。

処理、加工又は販売業者の 住 所 及 び 氏 名 (法人の場合は、その名称、所 在 地 及 び 代 表 者 氏 名)			
施 設 の 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	亡失	

*フグ加工施設設置届及びフグ販売施設設置届には必須ではない。

※ 添付書類：届済証を破損した場合にあつてはその届済証