

ふぐ営業廃止届

年 月 日

千葉県保健所長様

住所

(法人の場合は、その所在地、名称
及び代表者の職氏名)

氏名

印

下記のとおり営業を廃止したので、ふぐの取扱い等に関する条例第18条第3項の規定により、
認証書を添えてお届けします。

記

- 1 認証番号及び認証年月日
- 2 営業所所在地
- 3 営業所の名称
- 4 廃止年月日
- 5 廃止の理由

注 個人が届け出る場合は、届出者の氏名を自署することにより、押印を省略することができる。