

様式第12号(第4条関係)

ふぐ取扱施設認定書再交付申請書

年 月 日

(宛先) さいたま市保健所長

申請者 住 所
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〕
電話番号

埼玉県ふぐの取扱い等に関する条例第17条第1項の規定により、次のとおりふぐ取扱施設認定書の再交付を申請します。

- 1 ふぐ取扱施設の名称
- 2 ふぐ取扱施設の所在地及び電話番号

- 3 ふぐ取扱施設認定年月日 年 月 日
- 4 営業施設符号 31・244・
- 5 再交付を申請する理由