

様式第15号(第4条関係)

ふぐ取扱施設廃止届

年 月 日

(宛先) さいたま市保健所長

届出者 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

ふぐ提供施設を廃止したので、埼玉県ふぐの取扱い等に関する条例第19条の規定により、次のとおり届け出ます。

1 ふぐ取扱施設の名称

2 ふぐ取扱施設の所在地 さいたま市 区

3 ふぐ取扱施設認定年月日 年 月 日

4 営業施設符号 3 1 ・ 2 4 4 ・

5 廃止理由

6 廃止年月日 年 月 日

備考 ふぐ取扱施設認定書を添付すること。