

ふぐ取扱施設認定申請書

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13条の規定により、次のとおり申請します。

ふぐ取扱施設	ふりがな	
	名 称	
	所 在 地	さいたま市 区
	電話番号	
営 業 施 設 符 号		
営 業 の 種 類		
専任のふぐ調理師に係る事項	氏 名	
	住 所	
	免 許 番 号	第 号
	免 許 年 月 日	年 月 日

備考 次に掲げる書類のいずれかを添付すること。

- ・ 専任のふぐ調理師の免許証の写し
- ・ 免許を受けた者であることを証する書面の写し又は免許を受けた者であることを証するものとして知事が認める書面の写し

営業許可		ふぐ廃棄物容器	有 (要容器)	保健所収受印	申請手数料収入済印欄	調査日
ふぐ調理師	他都府県 専門性					年 月 日
ふぐ専用器具等	有	ふぐ凍結の有無	有 (要冷凍設備)			受領日・印
			無			年 月 日