

ナシフグの取扱者（処理施設）届

長崎市保健所長 様

届出者 住 所
TEL — —
氏 名

(生年月日)

下記のとおり、ナシフグの処理施設（取扱者）としたいので、ナシフグの取扱い要綱第4条及びナシフグによる食中毒防止対策要領第3条の規定により届け出ます。

記

1 施設の名称及び所在地

名 称
所在地

2 現に営んでいる営業の種類、許可年月日及び許可番号

営業の種類（種別）
許可年月日
許可番号

3 ふぐ処理者の氏名、生年月日及び受講番号

氏名
生年月日
受講番号

4 ナシフグの仕入先の営業所の名称、営業者氏名及び営業所所在地

営業所の名称
営業者氏名
営業所所在地

(複数ある場合は別紙とする)

5 ラウンドの卸先がある場合、営業所の名称、営業者氏名及び営業所所在地

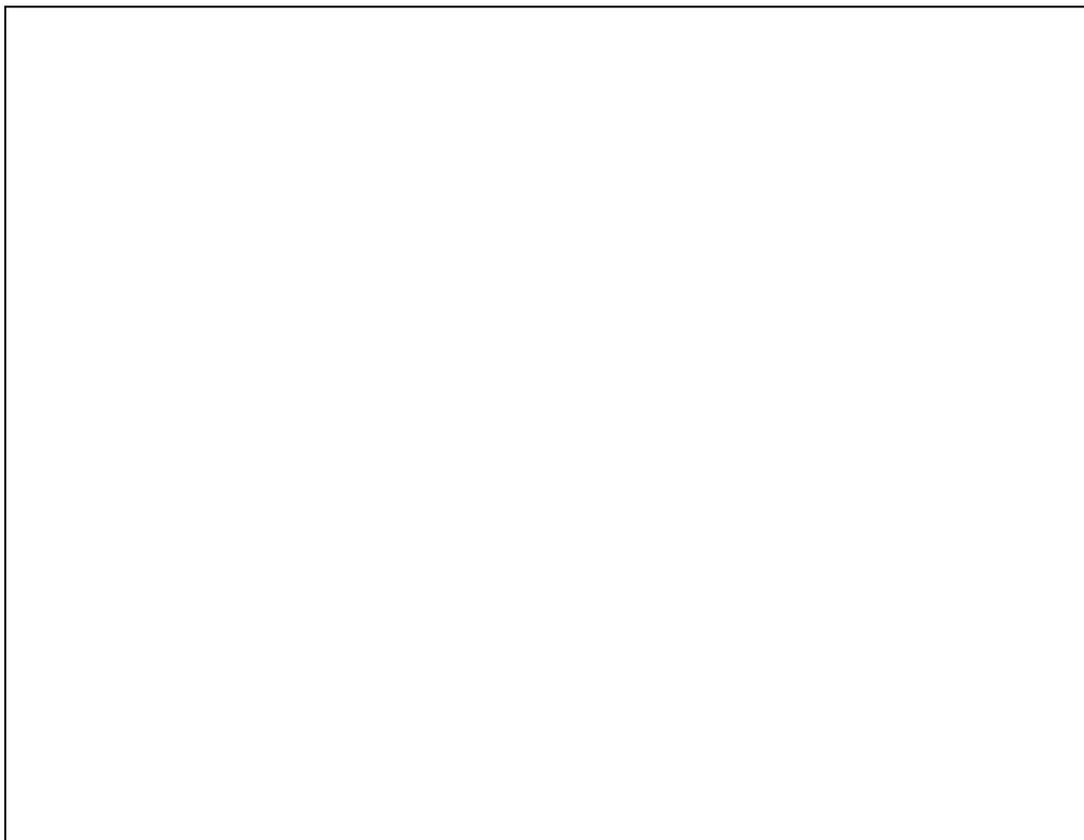
営業所の名称
営業者氏名
営業所所在地

(複数ある場合は別紙とする)

6 添付書類

- ・ 処理施設付近 100m以内の見取図
- ・ 保管施設を別に設置している場合は、その所在地付近 100m以内の見取図

見取図（処理施設付近 100m以内）



見取図（保管施設付近 100m以内）

