

ナシフグの取扱者（処理施設）届出済証の紛失届

年 月 日

長崎市保健所長 様

営業者氏名

ナシフグの取扱者（処理施設）届出済証を紛失したので届け出ます。

個人営業の場合	営業者	住 所 番 号 長崎市 町 丁目 番地
		氏 名 明・大・昭 年 月 日生
法人営業の場合	営業者	名 称
		所在地 番 号 長崎市 町 丁目 番地
		代表者氏名 明・大・昭 年 月 日生
取扱施設 (処理施設)	所在地 番 号 長崎市 町 目 番地	
	名称、屋号又は商号	
取扱者の住所 氏名 (処理者の氏名)		
営業の種類		
届出済証	昭・平 年 月 日 第 号	
紛失の理由		