

生ふぐ（丸ふぐ）又は身欠きふぐの購入届

年 月 日

船橋市保健所長 あて

(購入者)

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

私は、下記の場所から生ふぐ（丸ふぐ）又は身欠きふぐを購入したいので、下記のとおりお届けします。

記

- 1 購入者（届出者）の認証番号及び免許番号
- 2 購入者（届出者）の勤務先
- 3 購入先の所在地及び名称
- 4 購入先の営業の種類