

第1号様式

ふぐ営業認証申請書

年 月 日

船橋市保健所長 あて

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

営業の認証を受けたいので、ふぐの取扱い等に関する条例第13条第1項の規定により、
下記のとおり申請します。

記

- 1 営業所所在地
- 2 営業所の名称
- 3 専任ふぐ処理師の住所、氏名及び免許番号
- 4 営業の種類