

第9号様式

ふぐ営業廃止届

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

営業を廃止したので、ふぐの取扱い等に関する条例第18条第3項の規定により、ふぐ営業認証書を添えて下記のとおり届け出ます。

記

- 1 認証番号
- 2 認証年月日
- 3 営業所所在地
- 4 営業所の名称
- 5 廃止年月日
- 6 廃止の理由