

様式第18号(第18条関係)

ふぐ取扱施設廃止届

年 月 日

(提出先)

川越市保健所長

届出者 住 所
フリガナ
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

ふぐ取扱施設を廃止したので、埼玉県ふぐの取扱い等に関する条例第19条の規定により、下記のとおり届け出ます。

記

- 1 ふぐ取扱施設の名称
- 2 ふぐ取扱施設の所在地
- 3 ふぐ取扱施設認定年月日
- 4 営業施設符号
- 5 廃止する理由
- 6 廃止年月日

添付書類

ふぐ取扱施設認定書