

様式第12号(第12条関係)

ふぐ取扱施設認定申請書

年 月 日

(提出先)

川越市保健所長

申請者 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

埼玉県ふぐの取扱い等に関する条例第13条の規定により、下記のとおりふぐ取扱施設の認定を申請します。

記

| | | |
|-----------------------|-----------|-------|
| ふぐ取扱施設 | 名 称 | |
| | 所 在 地 | |
| | 電 話 番 号 | |
| 営 業 施 設 符 号 | | |
| 営 業 の 種 類 | | |
| 専任のふぐ調理師 に 係 る 事 項 | 氏 名 | |
| | 住 所 | |
| | 免 許 番 号 | 第 号 |
| | 免 許 年 月 日 | 年 月 日 |

添付書類

次に掲げる書類のいずれかを提出してください。

- 1 専任のふぐ調理師の免許証の写し
- 2 埼玉県ふぐの取扱い等に関する条例附則第2項の規定により免許を受けた者であることを証する書面の写し又は同項の規定により免許を受けた者であることを証するものとして埼玉県知事が認める書面の写し