様式第１号

 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 年 月 日

 高知県知事 様

住 所

電話番号

法人にあっては、主たる事務所の

 　　　　　　　　　　 所在地、名称及び代表者の氏名

サバフグ等取扱所届

高知県サバフグ及びヨリトフグの衛生確保に関する指導要綱第４の１の規定により、次のとおり届け出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| 営業の種類及び取扱製品 | １　魚介類販売業身欠きサバフグ等、その他（　　　　　　　　　　）２　魚介類の加工を行う営業干物、みりん干し、その他（　　　　　　　　　 ）３　飲食店営業 |
| 取扱うふぐの種類 | サバフグ　　・　　ヨリトフグ |
| 許可番号及び許可年月日※ |  |
| 郵便番号及び営業所の所在地 |  |
| 営業所電話番号 |  |
| 営業所の等 |  |
| サバフグ等取扱者氏名及び生年月日 | 講習会修了番号及び修了年月日等 |
| ① |  |
| ② |  |
| ③ |  |

※食品衛生法に係る営業許可施設の場合のみ記載

備考 次に掲げる書類を添付すること。

サバフグ等取扱者としての資格を証する書類の写し