

様式第2号

サバフグ及びヨリトフグ取扱業務従事証明書

従事者(受講者)

氏名

生年月日 年 月 日

上記の者は、次のとおり業務に従事したことを証明します。

勤務施設名		
勤務施設所在地		
サバ フグ 及び ヨリト フグ 取扱 施設	業種	1 魚介類販売業 2 魚介類の加工を行う営業 3 飲食店営業
	業務内容	
	上記施設での従事 期間	年 月 日から 年 月 日まで
備考		

年 月 日

営業者

住所

氏名

電話番号

印