

様式第1号

サバフグ等取扱者講習会受講申込書

年 月 日

高知県知事 様

住 所

ふりがな  
氏 名

年 月 日生

電話番号

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5の1の規定に基づき、サバフグ等取扱者講習会を受けたいので関係書類を添えて申し込みます。

記

1 勤務(営業)施設の名称、所在地及び電話番号

- (1) 名称
- (2) 所在地
- (3) 電話番号

2 申込会場等

開催日時 \_\_\_\_\_ 会場名 \_\_\_\_\_

3 受講要件(受講要件を証明する以下のいずれかの書類を添付すること)

- (1) 従事者  
(サバフグ及びヨリトフグ取扱業務従事証明書(様式第2号))
- (2) 営業者  
(サバフグ及びヨリトフグ取扱業務申立書(様式第3号))