

# フグ処理施設 変更 届 廃

令和 年 月 日

(あて先) 広島市保健所長

受付印
-----

営業者の住所

\_\_\_\_\_

(ふりがな)

氏 名

\_\_\_\_\_

大・昭・平 年 月 日生

(法人の場合は、その名称、所在地および代表者の氏名)

次のとおり変更・廃止したので、広島市フグの処理等に関する指導要綱第5条第1項の規定により届けます。

営業所所在地 広島市 区 町 丁目 番 番地号	ビルの名称及び階	TEL -
営業所の名称、屋号又は商号	営業の種類	
変更（廃止）の年月日	廃止の理由	
変更の場合その事項 <input type="checkbox"/> 営業者の氏名 <input type="checkbox"/> 営業所の名称 屋号又は商号 <input type="checkbox"/> 処理者氏名 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
新（変更後）		
旧（変更前）		

ここから下には記入しないでください。

確認 /	決裁 /	台帳処理 /
特記事項		

(伺い)

係 /	係長	課長
--------	----	----

(受付)

係 /	係長 /
--------	---------