

第 19 号様式（第 20 条関係）

ふ ぐ 営 業 廃 止 届

年 月 日

川崎市保健所長 様

届出者 郵便番号

住 所

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 〕

生年月日 年 月 日

電話番号 () ー

次のとおり、ふぐ営業を廃止したのでふぐ営業認証書を添えて届け出ます。

1 認証施設の所在地

川崎市 区

2 認証施設の名称

3 認証番号及び認証年月日

第 号

年 月 日

4 廃止年月日

年 月 日