第 14 号様式（第 15 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

（法人にあっては、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　（　　）　　―

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