第12号様式（第12条関係）

ふぐ営業認証書書換え（再交付）申請書

年　　月　　日

川崎市保健所長　様神奈川県知事（神奈川県保健福祉事務所長）

　　　　　　申請者　郵便番号

住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名

生年月日　　　　　　　年　　　月　　　日住所　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

電話番号　（　　　　　）　　　―

次のとおり、ふぐ営業認証書の書換え（再交付）を申請します。

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　書換え（再交付）申請の理由

５　書換え事項

６　書換え（再交付）申請の理由となる事実の発生年月日（亡失による再交付申請の場

合にあつては、その事実を知つた日）

　　　　　年　　月　　日

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