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　様神奈川県知事（神奈川県保健福祉事務所長）

　　　 届出者　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

　　　　　　　　　　　　　　　　 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

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