

年 月 日

東京都知事 殿

届出者 住所
 (ふりがな)
 氏 名
 生年月日 年 月 日生
 電話番号 ()

(法人の場合は、その名称、主たる事務所の所在地及び電話番号)並びに代表者の氏名

ふぐ取扱所認証書返納届

東京都ふぐの取扱い規制条例 第13条第4項 の規定により、下記のとおり認証書を返納します。
 第 15 条

記

ふぐ取扱所の名称	
ふぐ取扱所の所在地	
専任のふぐ調理師の氏名	
専任のふぐ調理師の免許番号	第 号
認 証 年 月 日	年 月 日
廃 止 等 の 年 月 日	年 月 日
返 納 理 由 (該当番号に○を付けて ください。)	1 失った認証書を発見したため 2 ふぐ取扱所を廃止したため 3 専任のふぐ調理師が退職したため 4 専任のふぐ調理師が死亡したため 5 その他()

健康安全課收受印	保健所経由印	※ 返納するふぐ取扱所認証書を忘れずに添付してください。 ※ 返納すべきふぐ取扱所認証書を紛失した場合は、顛末書を提出してください。 ※ 廃止等の年月日から10日以内に届け出てください。
----------	--------	---