様式第３号(第５関係)

ふぐ営業届出済証再交付申請書

年　　月　　日

（宛先）長野市保健所長

住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 氏　　名

生年月日　　　　　年　　月　　日

連絡先（電話）

法人にあっては、主たる事務所の

所在地、名称及び代表者氏名

　長野市ふぐ取扱指導要綱第５第４項の規定により、ふぐ営業届出済証の再交付を申請します。

１　営業所所在地

２　営業所の名称、屋号又は商号

３　ふぐ処理者の氏名

４　破損又は亡失した理由

添付書類　破損した場合は、破損したふぐ営業届出済証