

年 月 日

東京都知事 殿

住所
届出者 (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
第15条 の規定により、下記のとおり認証書を
返納します。

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所を紛失した場合は、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。
----------	--------	--