

様式第1号

年 月 日

高知県知事 様

住 所

ふりがな
氏 名

電話番号

〔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〕

サバフグ等取扱所届

高知県サバフグ及びヨリトフグの衛生確保に関する指導要綱第4の1の規定により、
次のとおり届け出ます。

営業の種類及び取扱製品	1 魚介類販売業 身欠きサバフグ等、その他() 2 水産製品製造業 干物、みりん干し、その他() 3 飲食店営業 4 その他(営業の種類: 取扱製品:)
取扱うふぐの種類	サバフグ ・ ヨリトフグ
許可番号及び許可年月日※	
郵便番号及び営業所の所在地	
営業所電話番号	
営業所のふりがな 名称等	
サバフグ等取扱者氏名及び生 年月日	講習会修了番号及び修了年月日等
①	
②	
③	

※食品衛生法に係る営業許可施設の場合のみ記載

備考 次に掲げる書類を添付すること。

サバフグ等取扱者としての資格を証する書類の写し