

ナシフグの取扱者（処理施設）届出の廃止届

年 月 日

長崎市保健所長 様

営業者氏名

ナシフグ取扱い（処理）の業を廃止したので、届け出ます。

個人営業の場合	営業者	住 所
		長崎市 町 丁目 番 号 番地
		氏 名
		明・大・昭 年 月 日生
法人営業の場合	営業者	名 称
		所在地
		長崎市 町 丁目 番 号 番地
		代表者氏名
		明・大・昭 年 月 日生
取扱施設 （処理施設）		所在地
		長崎市 町 目 番 号 番地
		名称、屋号又は商号
取扱者の住所 氏名 （処理者の氏名）		
営業の種類		
届出済証		昭・平 年 月 日 第 号
廃止の理由		

備 考 ナシフグの取扱者（処理施設）届出済証を添付すること。