

第19号様式（第20条関係）（用紙 日本工業規格 A 4 縦長型）

ふぐ営業廃止届

年 月 日

神奈川県知事
(神奈川県 保健福祉事務所長) 殿

届出者	郵便番号	〔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〕
住 所		
氏 名		
生年月日		
電話番号	() —	

次のとおり、ふぐ営業を廃止したのでふぐ営業認証書を添えて届け出ます。

- 1 認証施設の所在地
- 2 認証施設の名称
- 3 認証番号及び認証年月日
第 号
年 月 日
- 4 廃止年月日
年 月 日