

年 月 日

（宛先）高松市保健所長

届出者 住 所
氏 名

ふぐ処理業廃止等届出書

香川県ふぐの処理等に関する条例第 10 条第 1 項の規定により次のとおり届け出ます。

登 録 番 号	第 号
届 出 理 由 該当する番号を丸で囲んでください。	1 ふぐ処理業者の死亡 2 ふぐ処理業者の合併による消滅 3 ふぐ処理業者の破産手続開始の決定による解散 4 ふぐ処理業者の合併及び破産手続開始の決定以外の理由による解散 5 登録に係るふぐ処理業の廃止
届出理由の発生日	年 月 日

注 ふぐ処理業登録証を添付してください。