

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
ふぐ処理施設の名称	
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。