

年 月 日

（宛先）高松市保健所長

届出者 住所

氏名

（法人にあっては、その名称及び代表者の氏名）

ナシフグ丸体取扱届出書

次のとおりナシフグの丸体を取り扱いたいので、高松市ナシフグ取扱要綱第9条第1項の規定により届けます。

ナシフグ丸体取扱業者	住 所	
	ふ り が な	
	氏 名 又 は 名 称 及 び 代 表 者 の 氏 名	
	電 話 番 号	
ナシフグ丸体取扱施設	所 在 地	
	ふ り が な	
	名 称	
	電 話 番 号	

注

届出をする場合は、次の書類を添付してください。

- (1) ナシフグ丸体取扱施設の構造を記載した図面
- (2) 法人にあっては、その法人の登記簿の謄本