様式第9号

フグ取扱従事証明書

住　　所

（ふりがな）

氏　　名

上記の者は、下記のとおりフグの取扱いに従事していた者であることを

証明します。

令和　　年　　月　　日

住　　所 〒

氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

 （１．施設長　２．組合長　３．その他の同業者）

記

|  |  |
| --- | --- |
| 従　事　期　間 | 　　　年　　月　～　　　年　　月（　　年　　ヶ月） |
| 従事施設 | 名　　　称 |  |
| 所　在　地 |  |
| 食品衛生法　又は茨城県食品衛生条例の許可 | 　　　　保指令　　第　　　号、　　年　　月　　日　　（　　　　　　　　　　　　　　保健所）〔業　種〕　飲食店営業　　　　魚介類販売業　　　　　　魚介類加工業 |
| 従事業務の内容 |  |