

# 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 \_\_\_\_\_ (印)

(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
	法に基づく許可等 保指令 第 号、 年 月 日 ( 保健所) 〔業 種〕 1 飲食店営業 2 魚介類販売業 3 魚介類加工業 4 水産製品製造業 5 複合型そうざい製造業 6 複合型冷凍食品製造業 7 届出業種 (魚介類販売業 (包装のみ))
従事業務の内容	