

フグ取扱施設（変更）届出書
フグ取扱衛生責任者設置

〇〇年 △月 △日

(宛先) 新潟市保健所長

届出者

住所（法人にあ 〒△△△― 〇〇〇〇
っては所在地） 新潟市×××△△

氏名（法人にあ
っては名称及び 株式会社ニイガタ日本 代表取締役 新潟花子
代表者の氏名）

生年月日 昭和〇〇年 △月 △日生

電話番号 〇 2 5 - 2 2 8 - △ 〇 〇 〇

新潟市フグ中毒の防止に関する要綱第4条又は第5条の規定により届け出ます。

フグ取扱施設	届出区分		<input checked="" type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 廃止			
	営業所		名称 レストラン新潟市役所			
			所在地 新潟市 中央区白山××〇〇△△ 電話番号 〇 2 5 - 2 2 8 - 〇 〇 〇 〇			
営業の種類		<input checked="" type="checkbox"/> 飲食店営業 <input type="checkbox"/> そうざい製造業 <input type="checkbox"/> 魚介類販売 <input type="checkbox"/> 缶詰又は瓶詰食品製造業 <input type="checkbox"/> 魚介類せり売営業 <input type="checkbox"/> 魚介類加工業 <input type="checkbox"/> 食品の冷凍又は冷蔵業				
フグ取扱衛生責任者	届出区分		<input checked="" type="checkbox"/> 設置 <input type="checkbox"/> 変更			
	新	氏名	新潟 太郎 生年月日 昭和 △△年 〇〇			
		免許等	フグ取扱免許	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無		
				取得都道府県名	免許証番号	取得年月日
			調理師資格	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	フグ取扱衛生責任者講習会 受講歴		<input type="checkbox"/> 有 (年) <input checked="" type="checkbox"/> 無			
旧	氏名	※				
設置・変更・廃止 年月日		〇〇年 △月 ×日				

※ ここには
フグ免許を取得さ
れた方のみご記入
ください

注1 該当する項目の□にレ印を記入してください。
2 ※印欄は、フグ取扱衛生責任者を変更する場合のみ記入してください。

※処理欄 この欄は記入しないでください。

施設初回届出	年 月 日	備 考	
講習会受講	要 ・ 不要	受講年月日	年 月 日