

フグ取扱施設（変更）届出書
フグ取扱衛生責任者設置

年 月 日

（宛先）新潟市保健所長

届出者
住所（法人にあ
っては所在地）

氏名（法人にあ
っては名称及び
代表者の氏名）

生年月日 年 月 日生

電話番号 - -

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 type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 廃止			
	営 業 所	名称				
		所在地 新潟市 電話番号 - -				
営業の種類		<div><input type="checkbox"/> 飲食店営業 <input type="checkbox"/> そうざい製造業</div> <div><input type="checkbox"/> 魚介類販売業 <input type="checkbox"/> 缶詰又は瓶詰食品製造業</div> <div><input type="checkbox"/> 魚介類せり売営業 <input type="checkbox"/> 魚介類加工業</div> <div><input type="checkbox"/> 食品の冷凍又は冷蔵業</div>				
フグ取扱衛生責任者	届 出 区 分		<input type="checkbox"/> 設置 <input type="checkbox"/> 変更			
	新	氏名	生年月日 年 月 日			
		免許等	フグ取扱免許	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
				取得都道府県名	免許証番号	取得年月日
						年 月 日
		調理師資格	<input 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 type="checkbox"/> 無				
旧	氏名	※				
設置・変更・廃止 年月日			年 月 日			

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