

フグ取扱い業務従事証明書

従事者 住所

氏名

上記のものは、下記のとおり当施設でフグの取扱いに関する業務に従事したことを証明します。

施設名		
施設所在地		
電話番号	— —	
業種	届出済証番号・保健所名等	取扱い業務内容
1. 飲食店営業	第 号	処 理
2. 魚介類販売業	保健所	調 理
3. 魚介類せり売営業	届出年月日	加 工
4. 魚介類加工業	年 月 日	販 売
上記施設で取扱いに従事した期間		左記期間中の フグ取扱者氏名
年 月 日～ 年 月 日 (年 カ月)		

令和 年 月 日

証明者 住 所
氏 名

印