

年 月 日

(あて先) 仙台市保健所長

住 所

〒

氏 名

年 月 日生

ふぐ販売者講習会受講申込書

ふぐの取扱いに関する指導要綱第6条の規定による講習を受講したいので、下記のとおり申し込めます。

記

1 ふぐの販売等に従事している営業所

(1) 営業所名称, 屋号又は商号

(2) 営業所所在地

〒 —

仙台市 区

2 取得済みのふぐ取扱い資格等の有無 有 ・ 無

※有の場合はお持ちの資格に○を付けてください

ア 宮城県ふぐ処理者免許証

イ みなしふぐ処理者登録証

ウ ふぐ取扱者登録済票

エ 他自治体におけるふぐ販売等の資格