

## ふぐ処理者免許申請書

年 月 日

（宛先）

滋賀県知事

（申請者）

住所

ふりがな  
氏名

電話番号

ふぐ処理者の免許を受けたいので、滋賀県ふぐの取扱いの規制に関する条例第3条第1項の規定により次のとおり申請します。

ふりがな 氏名		生年月日	年 月 日
ふぐ処理者となる資格	年 月実施の滋賀県ふぐ処理者試験に合格 合格証書番号 第 号		
	年 月 県（都道府・市区）で処理に関する免許等取得 免許証等番号 第 号		
免許等の取消しの有無	有 ・ 無	取消事由（有の場合）	
旧姓または通称名の併記の希望の有無	有 ・ 無	（有の場合） ふりがな 旧姓または通称名	ふりがな

### ※受付機関使用欄

受付機関名・担当者氏名
保健所・

注 用紙の大きさは、日本産業規格A列4番とする。