

様式第 9 号（第 20 条第 1 項関係）

ふぐ営業所登録済証書再交付申請書

年 月 日

静岡県 保健所長 様

住所（法人の場合は、その所在地）

氏名 法人の場合は、その名称  
及び代表者の氏名

ふぐ営業所登録済証を滅失（忘失、損傷）したので、静岡県ふぐの取扱い等に関する条例第 12 条第 6 項の規定により、再交付を申請します。

登録済証番号	第 号の	登録年月日	年 月 日
滅失（忘失、損傷）した年月日	年 月 日		
再交付を申請する理由			