

フグ処理に関する従事証明書

従事者	氏 名	
	住 所	
従事した施設	名 称	
	所 在 地	
	営業許可番号	
	許可年月日	年 月 日
	業 種	<input type="checkbox"/> 飲食店営業 <input type="checkbox"/> 魚介類販売業 <input type="checkbox"/> 水産食品製造業 <input type="checkbox"/> 複合型そうざい製造業 <input type="checkbox"/> 複合型冷凍食品製造業 <input type="checkbox"/> その他 ( )
従 事 期 間	年 月 日～ 年 月 日	
上記のとおり、フグの処理に従事したことを証明します。 年 月 日		
証明者住所	_____	
証明者氏名	_____	
電話番号	_____	