（第５号様式）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　保第　　　　　号

ふぐ処理営業届出済証

　　栃木県ふぐ処理等指導要網第6条第1項の規定による届出のあったことを証明する。

　　　　　　　年　　　月　　　日

　　　　栃木県　　　保健所長　　　　　　印

営　業　者　氏　名

営　業　者　住　所

営業所所在地

営業所の名称（屋号）

ふぐ処理者氏名