（第２号様式）

フグ取扱業務従事証明書

 　　　従事者　住所

 　　　 　氏名

上記の者は、下記のとおりフグ取扱い業務に従事していたことを証明します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名 |  |
| 施設所在地 |  | 電話 |  |
| 業　務 | 届出年月日等 |
| １　飲食店営業　２　魚介類販売業３　魚介類せり売業４　その他（　　　　　　　　　） | 　　　　　　　　　　　　　　　　保健所届出年月日　　　　　　　　　年　　　　月　　　日 |
| 上記施設で取扱いに従事した期間（２年以上） | 年　　月　　日から年　　月　　日まで年　　　月 | 現在のフグ取扱者氏名 |  |

証明者　住所

証明者　地位

証明者　氏名　　　　　　　　　　印

（注）フグ取扱業務従事証明書の証明は、原則としてフグ取扱営業者が証明すること。

ただし、従事者と営業者が同一、配偶者若しくは肉親の場合又は廃業等によって営業者がいない場合は、所属食品衛生協会長又は同業者が証明すること。