

滋賀県

保健所長

届出者住所：

届出者氏名：

生食用食肉取扱施設届出済証返納届

下記のとおり、届出済証を返納します。

| | |
|-----------|----------------------------------------------------------------------|
| 施設の名称 | |
| 施設の所在地 | |
| 届出済証番号 | 第 号 |
| 届出済証交付年月日 | 年 月 日 |
| 返納理由 | 1 施設を廃業したため 2 生食用食肉の取扱を行わなくなったため 3 規格基準に適合しなくなったため 4 その他（ ） |
| 廃止等の年月日 | 年 月 日 |

添付書類

1 届出済証