|  |
| --- |
| ふぐ処理業廃業等届出書　　　　年　　　月　　　日（宛先）　寝屋川市保健所長 |
| 届出者　住所 |
| (電話番号　　　　　　　　　　　　　　) |
|  |
| 氏名 |
| (法人にあっては、名称及び代表者の氏名) |
|  |
| 　大阪府ふぐ処理業等の規制に関する条例第11条の規定により、次のとおりふぐ処理業の廃業等の届出をします。 |
| 　 | 営業者の氏名法人にあっては、名称及び代表者の氏名 |  | 　 |
| 営業者の住所法人にあっては、主たる事務所の所在地 | (電話番号　　　　　　　　　　　　　　) |
| 営業施設の名称、屋号又は商号 | 　 |
| 営業施設の所在地 | 寝屋川市(電話番号　　　　　　　　　　　　　　) |
| 許可の年月日及び番号 | 　　　年　　月　　日 第　　　　　　号 |
| 廃業等の理由 | 1 許可営業の廃止　　2 死亡又は失踪の宣言　　3 合併　4 破産手続開始の決定　　5 営業者の変更6 解散（合併及び破産手続開始の決定を除く）7 その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 廃業等の年月日 | 　　 年　　月　　日 |
| 　 |