|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 |
|  | | | |