

様式第8号

ふぐ処理者設置・変更届出書

年 月 日

(宛先)

寝屋川市保健所長 様

営業所の所在地

営業所の名称

営業の種類

営業者の氏名

(法人にあたっては、名称及び代表者の氏名)

寝屋川市食品衛生法施行細則第10条第2項の規定により、

次のとおりふぐ処理者の（ 設置 ・ 変更 ）の届出をします。

| ふぐ処理に従事するふぐ処理登録者 | 変更の事由 | 氏名      | 登録年月日及び登録番号  |
|------------------|-------|---------|--------------|
|                  |       | 変更前 ( ) | 年 月 日 号<br>第 |
|                  |       | 変更前 ( ) | 年 月 日 号<br>第 |
|                  |       | 変更前 ( ) | 年 月 日 号<br>第 |
|                  |       | 変更前 ( ) | 年 月 日 号<br>第 |
|                  |       | 変更前 ( ) | 年 月 日 号<br>第 |