

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 第 号
		変更前 ( )	年 月 日 第 号
		変更前 ( )	年 月 日 第 号
		変更前 ( )	年 月 日 第 号
		変更前 ( )	年 月 日 第 号