|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふぐ処理業許可証再交付申請書  　　　　年　　　月　　　日  （宛先）  　寝屋川市保健所長 | | | |
| 申請者　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９条第１項の規定により、次のとおりふぐ処理業許可証の再交付を申請します。 | | | |
|  | 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 |
| 再交付申請の理由 | 破　損　　・　　汚　損　　・　　紛　失 |
|  | | | |