

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

(法人にあつては、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 (法人にあつては、名称及び代表者の氏名)	
営業者の住所 (法人にあつては、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