

様式第5号（第4条関係）

ふぐ処理業変更届出書

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6条の規定により、次のとおりふぐ処理業の変更の届出（ふぐ処理に従事するふぐ処理登録者に係るものを除く。）をします。

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	
変 更 内 容	事 項	変 更 前	変 更 後
変 更 年 月 日		年 月 日	