

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