

ふぐ処理登録者変更届出書

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6条の規定により、次のとおりふぐ処理に従事するふぐ処理登録者の変更の届出をします。

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	事由	ふぐ処理登録者の氏名	登録年月日及び登録番号
		(変更前)	第 年 月 日 号
		(変更前)	第 年 月 日 号
		(変更前)	第 年 月 日 号
変 更 年 月 日		年 月 日	

備考 記入欄が不足する場合は、別に記入した書類を添付すること。