|  |
| --- |
| 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 |
| 　 |