|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | |
|  | | | | | |