

ふぐ処理業廃業等届出書

年 月 日

(あて先) 東大阪市保健所長

住 所  
 [法人にあつては、主たる事務所の所在地]  
 (電話番号 )  
 (ふりがな)  
 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 1 1 条の規定により、次のとおりふぐ処理業の廃業等の届出をします。

営 業 者 の 氏 名 [法人にあつては、名称及び代表者の氏名]	
営 業 者 の 住 所 [法人にあつては、主たる事務所の所在地]	(電話番号 )
営業施設の名称、屋号又は商号	
営 業 施 設 の 所 在 地	(電話番号 )
許 可 の 年 月 日 及 び 番 号	年 月 日 東大阪市指令 第 号
廃 業 等 の 理 由	
廃 業 等 の 年 月 日	年 月 日

受付	(提示書類) 1 ふぐ処理業許可証 2 紛失の場合にはてん末書
----	---------------------------------------