

様式第5号(第4条関係)

ふぐ処理業変更届出書

年 月 日

枚方市保健所長

届出者 住 所

〔 法人にあつては、主
たる事務所の所在地 〕

(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		(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	