

## ふぐ処理者設置・変更届出書

年 月 日

(宛先)

枚方市保健所長

営業所の所在地

営業所の名称

営業の種類

営業者の氏名

(法人にあつては、名称及び代表者の氏名)

枚方市食品衛生法施行細則第7条第1項の規定により、次のとおりふぐ処理者の  
(設置・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	(電話番号 )	
営業の種類		
ふぐ処理に従事する ふぐ処理者	氏名	登録年月日及び登録番号
		年 月 日 第 号
		年 月 日 第 号
		年 月 日 第 号
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。		