

ふぐ処理業廃業等届出書

年 月 日

大阪府 保健所長 様

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11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	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和 大阪府指令 保 第 号
廃業等の理由	<input type="checkbox"/> 営業の廃止 <input type="checkbox"/> 死亡又は失踪の宣告 <input type="checkbox"/> 合併による法人の消滅 <input type="checkbox"/> 破産手続開始の決定 <input type="checkbox"/> 法人の解散
廃業等の年月日	年 月 日

必要書類 ふぐ処理業許可証