

ふぐ処理業許可証再交付申請書

年 月 日

大阪府 保健所長 様

申請者 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9条第1項の規定により、次のとおりふぐ処理業許可証の再交付を申請します。

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	<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
再交付申請の理由	<input type="checkbox"/> 破損又は汚損 <input type="checkbox"/> 紛失