

ふぐ処理業変更届出書

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	<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		
変更内容	事項	変更前	変更後
	営業者(個人)の <input type="checkbox"/> 氏名(ふりがな) <sup>※1</sup> <input type="checkbox"/> 住所 営業者(法人)の <input type="checkbox"/> 名称(ふりがな) <sup>※2</sup> <input type="checkbox"/> 代表者の氏名(ふりがな) <sup>※2</sup> <input type="checkbox"/> 主たる事務所の所在地 <sup>※2</sup> 営業施設の <input type="checkbox"/> 名称、屋号又は商号(ふりがな) <input type="checkbox"/> 所在地(住居表示) <input type="checkbox"/> 食品衛生法の許可に係る営業の種別 <sup>※3</sup>		
変更年月日	年 月 日		

必要書類 ※1 □戸籍謄本又は抄本 ※2 □登記事項証明書(法人の場合) ※3 □食品衛生法の許可証