ふぐ処理業廃業等届出書

年　　　月　　　日

吹田市保健所長宛

届出者 住　　　所

　　　 （フリガナ）

氏　　　名

電　　　話

　　　〔法人にあっては、主たる事務所の所在地、その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  法人にあっては、  名称及び代表者の氏名 |  |
| 営業者の住所  法人にあっては、  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 | 吹田市  （電話番号 　　　 　 　　　　 　 　　　　 ） |
| 許可の年月日  及び番号 | 年 　　 月 　　 日　　第 　　　　 　 　　　 号 |
| 廃業等の理由 | 1 許可営業の廃止　　　　　2 死亡又は失踪の宣言　　　　3 合併  4 破産手続開始の決定　　　5 営業者の変更  6 解散（合併及び破産手続開始の決定を除く）  7 その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 廃業等の年月日 | 年 　　　 月 　　　 日 |