

ふぐ処理登録者変更届出書

年 月 日

吹田市保健所長宛

届出者 住 所
(フリガナ)
氏 名
電 話

〔法人にあつては、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6条の規定により、次のとおりふぐ処理に従事するふぐ処理登録者の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	吹田市 (電話番号)		
許可の年月日 及び番号	年 月 日 第 号		
変 更 内 容	事 由	ふぐ処理登録者の氏名	登録年月日及び登録番号
	<input type="checkbox"/> 新規従事 <input type="checkbox"/> 従事終了 <input type="checkbox"/> 氏名変更	(変更前)※	年 月 日 第 号
	<input type="checkbox"/> 新規従事 <input type="checkbox"/> 従事終了 <input type="checkbox"/> 氏名変更	(変更前)※	年 月 日 第 号
	<input type="checkbox"/> 新規従事 <input type="checkbox"/> 従事終了 <input type="checkbox"/> 氏名変更	(変更前)※	年 月 日 第 号
変 更 年 月 日	年 月 日		

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。

※ 氏名変更の場合は、変更前の氏名を記入すること。

変更内容	事由	ふぐ処理登録者の氏名	登録年月日及び登録番号
	<input type="checkbox"/> 新規従事 <input type="checkbox"/> 従事終了 <input type="checkbox"/> 氏名変更	(変更前)※	年 月 日 第 号
	<input type="checkbox"/> 新規従事 <input type="checkbox"/> 従事終了 <input type="checkbox"/> 氏名変更	(変更前)※	年 月 日 第 号
	<input type="checkbox"/> 新規従事 <input type="checkbox"/> 従事終了 <input type="checkbox"/> 氏名変更	(変更前)※	年 月 日 第 号
	<input type="checkbox"/> 新規従事 <input type="checkbox"/> 従事終了 <input type="checkbox"/> 氏名変更	(変更前)※	年 月 日 第 号
	<input type="checkbox"/> 新規従事 <input type="checkbox"/> 従事終了 <input type="checkbox"/> 氏名変更	(変更前)※	年 月 日 第 号
	<input type="checkbox"/> 新規従事 <input type="checkbox"/> 従事終了 <input type="checkbox"/> 氏名変更	(変更前)※	年 月 日 第 号
	<input type="checkbox"/> 新規従事 <input type="checkbox"/> 従事終了 <input type="checkbox"/> 氏名変更	(変更前)※	年 月 日 第 号
	<input type="checkbox"/> 新規従事 <input type="checkbox"/> 従事終了 <input type="checkbox"/> 氏名変更	(変更前)※	年 月 日 第 号

備考 届出書の記入欄が不足する場合は、この書類に記入して添付すること。

※ 氏名変更の場合は、変更前の氏名を記入すること。