

ふぐ処理業許可証再交付申請書

年 月 日

吹田市保健所長宛

申請者住所  
(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	年 月 日 第 号
再交付申請の理由	<input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 汚損 <input type="checkbox"/> 紛失