

昼間の 連絡先		営業時間	~	定休日		受付入力		交付予定	/	
------------	--	------	---	-----	--	------	--	------	---	--

ふぐ処理業許可証再交付申請書

大阪市長

年 月 日

申請者 住所
(営業者) (法人にあつては、主たる事務所の所在地)

電話

(ふりがな)
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。

記

(ふりがな) 営業施設の名称、屋号又は商号	
営業施設の所在地	大阪市 区 ビル名 電話 * <small>(公開している又はする予定の電話番号)</small>
許可の年月日及び番号	年 月 日 大阪府 指令 第 号 市
再交付申請の理由	破 損 ・ 汚 損 ・ 紛 失 その他 ()

上記申請に基づき、別添のとおり「許可証」を作成し、申請者に交付します。

保健所受付印

受理年月日	年 月 日						
公開・非公開の別	分類番号	保存期間	起案	年 月 日	市長印	専用	
部分公開	<small>情報公開条例第7条第 号に該当</small> 5322	常用(-)	決裁	年 月 日			
簿冊名称	ふぐ処理業許可申請書等		完結	年 月 日	通 箇所		
決裁欄	所長	課長・課長代理	係長	担当者	受付者	取扱責任者	文書主任

注 意 ○申請者は太線の枠内について、黒ボールペンで記入してください。連絡先電話番号:

○申請理由が破損・汚損の場合にあつては、ふぐ処理業許可証を添付してください。

*公開している又はする予定の電話番号: インターネット、電話帳、看板等により広く知らせている電話番号