

年 月 日

（宛先）高松市保健所長

届出者 住 所

氏 名

（法人にあつては、その名称及び代表者の氏名）

電話番号

ふぐ処理業登録事項変更届出書

次のとおりふぐ処理業登録事項に変更があつたので、香川県ふぐの処理等に関する条例第9条第1項の規定により届け出ます。

登 録 番 号	第 号
ふぐ処理施設の名称	
変 更 事 項 該当する番号を丸で 囲んでください。	1 ふぐ処理業者の住所又は氏名（法人にあつては、その名称及び代表者の氏名） 2 ふぐ処理施設の所在地又は名称 3 ふぐ処理施設に置かれる専任のふぐ処理師の氏名及びその者の免許の番号若しくは修了証の番号 4 代表者以外の役員の氏名（法人の場合）
変 更 前	
変 更 後	
変 更 年 月 日	年 月 日

備考

- 1 欄内に記載事項の全てを記載することができないときは、当該欄に「別紙のとおり」と記載し、別紙を添付してください。
- 2 「変更事項」欄の1又は2に該当する場合は、ふぐ処理業登録証を添付し、その訂正を受けてください。
- 3 法人の場合であつて、「変更事項」の1に該当するとき、又は「変更事項」欄の3若しくは4に該当するときは、当該変更の事実を証明する書類を添付してください。
- 4 変更があつた日から30日以内に届け出てください。