

ふぐ処理業許可相続承継届出書

年 月 日

大阪府 保健所長 様

届出者 住 所

(電話番号 - -)

ふりがな
氏 名

大阪府ふぐ処理業等の規制に関する条例第10条第2項の規定により、次のとおり相続による営業者の地位の承継の届出をします。

営業施設の名称、 屋号又は商号			
営業施設の所在地	(電話番号 - -)		
許可の年月日 及び番号	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	
被相続人との続柄	大阪府指令 保 第 号		
被相続人	住所		
	氏名		
相続開始の年月日	年 月 日		
食品衛生法第52条第1 項の許可を受けている 場合にあっては、その 許可に係る営業の種別	<input type="checkbox"/> 飲食店営業	<input type="checkbox"/> 魚介類販売業	<input type="checkbox"/> その他 ()
ふぐ処理に 従事する ふぐ処理登録者	氏 名	登 録 年 月 日 及 び 登 録 番 号	
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日 第 号
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日 第 号

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。

必要書類	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本(被相続人の死亡等の事実及び相続人全員を確認できるもの)	<input type="checkbox"/> 同意書
同時手続	<input type="checkbox"/> ふぐ処理業許可証書換え交付申請	