

ふぐ処理業許可合併承継届出書

年 月 日

大阪府 保健所長 様

届出者 主たる事務所の所在地 (電話番号 - -)
ふりがな 名称
ふりがな 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10条第2項の規定により、次のとおり合併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 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 大阪府指令 保 第 号
合併により消滅した人	名称	
	主たる事務所の所在地	
	代表者の氏名	
合併の年月日		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 <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 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 第 号
		<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <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 同時手続	<input type="checkbox"/> 合併後存続する法人又は合併により設立された法人の登記事項証明書 <input type="checkbox"/> ふぐ処理業許可証書換え交付申請
--------------	--