|  |
| --- |
| ふぐ処理業許可合併承継届出書　　年　　月　　日（宛先）　寝屋川市保健所長届出者　住　所　　(電話番号　　　　　　　　　　　　　　 　)名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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 | 寝屋川市(電話番号　　　　　　　　　　　　　　) |
| 許可の年月日及び番号 | 　　　　年　　月　　日　　　 第　　　 　　号 |
| 合併により消滅した法人 | 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 | 　 |
| 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 |
|  | 　　　　年　　月　　日第　　　　　　　　　　　 　　号 |
|  | 　　　　年　　月　　日第　 　　　　　　　　　　　　号 |
|  | 　　　　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。 |