|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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。 | | | |