

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 にあつては、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。