ふぐ処理業許可合併承継届出書

年　　　月　　　日

吹田市保健所長宛

届出者 住　　　所

　　　 （フリガナ）

氏　　　名

電　　　話

　　　〔法人にあっては、主たる事務所の所在地、その名称及び代表者の氏名〕

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 | | 吹田市  （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 | | □飲食店営業　　□魚介類販売業  □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 |
|  | | 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。