

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

〔法人にあつては、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 場合にあつては、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
		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。