

ふぐ処理業許可相続承継届出書

年 月 日

吹田市保健所長宛

住 所  
 相続承継人 氏 名  
 生年月日  
 電 話

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、次のとおり相続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	
被相続人との続柄		
被相続人	住所	
	氏名	
相続開始の年月日	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"/> 魚介類販売業 <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。