

様式第9号

食品営業許可合併承継届出書

年 月 日

吹田市保健所長宛

届出者 主たる事務所の所在地

(フリガナ)
名 称

(フリガナ)
代表者の氏名

電話番号

食品衛生法第53条第2項の規定により、次のとおり合併による許可営業者の地位の承継の届出をします。

営業所の名称		
営業所の所在地	吹田市	
営業の種類		
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	