

受付入力 交付予定月日 /

食品営業許可合併承継届出書

大 阪 市 長

年 月 日

〒

届出者 (承継者) 主たる事務所の所在地 : _____
 (ふりがな)
 法人の名称
 代表者氏名 : _____
 電話 : _____ () _____
 (本社又は主たる事務所の連絡先)

食品衛生法第53条第2項の規定により、次のとおり届け出ます。

記

合併により消滅した法人	主たる事務所の所在地	
	法人の名称	
	代表者氏名	

合併の年月日 年 月 日

営業所所在地 大 阪 市 区 _____ ※ (公開している又は公開する予定の電話番号) 電 話 _____
 ビル又はマンション名

営業所名称 (屋号又は商号)	営業の種類	指令番号及び許可年月日 * 施設番号
1		大保食第 _____ 号 _____ 年 月 日 *
2		大保食第 _____ 号 _____ 年 月 日 *
3		大保食第 _____ 号 _____ 年 月 日 *
4		大保食第 _____ 号 _____ 年 月 日 *

申請者欠格事項 食品衛生法第52条第2項第1号に該当する事実 無・有 ()
 食品衛生法第52条第2項第2号に該当する事実 無・有 ()

下記のとおり食品衛生責任者を設置します。(資格欄に該当番号を記載し、資格を証する免許証等を提示すること)

1	(ふりがな) _____ 氏名	生年月日 _____ 年 月 日生	資格 _____	3	(ふりがな) _____ 氏名	生年月日 _____ 年 月 日生	資格 _____
2	(ふりがな) _____ 氏名	生年月日 _____ 年 月 日生	資格 _____	4	(ふりがな) _____ 氏名	生年月日 _____ 年 月 日生	資格 _____

資格 1食品衛生管理者 2栄養士 3調理師 4製菓衛生師 5乳業士 6船舶料理士 7指導員養成講習 8認定講習 9特例講習
 10経過措置者 11資格なし 12食鳥処理衛生管理者 13自家製ソーセイジ食品衛生責任者 14養成講習 15その他

注意 ●太線枠内に、インク等を用いて楷書ではっきりと記載すること ●*印の欄は、記載しないこと
 ●免許可証、合併後存続する法人又は合併により設立された法人の登記事項証明書を添付すること
 ●申請者欠格事項の欄は、法人にあっては、その業務を行う役員を含むものとし、当該事実がないときは無に○をし、あるときは有に○をし、その内容を記載すること

上記届出書を受理し、別添「許可証」を作成し、営業者に交付します。

保健所受付印

起案	年 月 日	決裁	年 月 日					市長印	専用
決裁欄	所長	課長・課長代理	係長	担当者	受付者	公印審査	取扱責任者		
									通 簡所