

昼間の連絡先		営業時間	~	定休日		受付入力		交付予定	/	
ふぐ処理業許可相続承継届出書										
年 月 日										
大阪市長										
届出者 (営業者) 住所 _____										
電話 _____										
(ふりがな) 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、次のとおり相続による営業者の地位の承継の届出をします。										
記										
(ふりがな) 営業施設の名称、屋号又は商号 _____										
営業施設の所在地 大阪市 区 _____										
ビル名 _____ 電話 * (公開している又はする予定の電話番号) _____										
許可の年月日及び番号 _____ 年 月 日 大阪府 指令 第 _____ 号 市										
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										
1 飲食店営業 2 魚介類販売業										
3 _____										
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										
年 月 日 第 _____ 号										
上記届出を受理します。										
受理年月日 _____ 年 月 日 受理番号 _____ 号 保健所受付印										
公開・非公開の別 _____ 分類番号 _____ 保存期間 _____ 起案 _____ 年 月 日										
部分公開 <small>情報公開条例第7条第3号に該当</small> 5322 常用(-) 決裁 _____ 年 月 日										
簿冊名称 _____ ふぐ処理業許可申請書等 _____ 完結 _____ 年 月 日										
所長 _____ 課長・課長代理 _____ 係長 _____ 担当者 _____ 受付者 _____										
決裁欄										

注 意 ○届出者(申請者)は太線の枠内について、黒ボールペンで記入してください。連絡先電話番号:

○戸籍謄本及び相続人が複数のときは今回の許可承継に関する全員の同意書を提示してください。

○ふぐ処理に従事するふぐ処理登録者の記入欄が不足する場合は、別に記入した書類を添付してください。

*公開している又はする予定の電話番号: インターネット、電話帳、看板等により広く知らせている電話番号