

昼間の 連絡先		営業時間	~	定休日		受付入力		交付予定	/	
ふぐ処理業許可合併承継届出書										
大阪市長										年 月 日
						届出者 主たる事務所 (営業者) の所在地				
						電 話 (ふりがな)				
						法人の名称 (ふりがな)				
						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。										
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			府 指 令 第 号 大 阪 市					
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っては、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	情報公開条例第7条第 号に該当	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				
決裁欄	所長	課長・課長代理		係長	担当者	受付者				

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:

○合併後存続する法人または合併により設立された法人の登記事項証明書等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