様式第９号(第７条関係)

|  |
| --- |
| ふぐ処理業許可相続承継届出書　　年　　月　　日　枚方市保健所長届出者　住所　　　　　　　　　　(電話番号　　　　　　　　　　　　 　　　)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。 |
| 　 | 営業施設の名称、屋号又は商号 |  | 　 |
| 営業施設の所在地 | (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っては、その許可に係る営業の種別 | 　 |
| 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 |
| 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。 |