

営 業 承 継 届

年 月 日

(宛先)福岡市 保健所長

届出者 住 所

氏 名

(法人にあつては、その名称、主たる事務所の所在地及び代表者の氏名)

生年月日 年 月 日

被相続人との続柄

次のように許可営業者の地位を承継したので届け出ます。

被相続人又は譲渡人の氏名及び住所 (法人にあつては、合併により消滅した法人、分割前の法人又は営業を譲渡した法人の名称、主たる事務所の所在地及び代表者の氏名)		
相続開始(合併・分割・譲渡)年月日		年 月 日
届出者の欠格事項	(1) 食品衛生法若しくは同法に基づく処分又は福岡県食品取扱条例に違反して刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった日から起算して2年を経過しないこと	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (内容: )
	(2) 食品衛生法第54条から第56条までの規定又は福岡県食品取扱条例第8条の規定により許可を取り消され、その取消しの日から起算して2年を経過しないこと	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (内容: )

(注意) 届出者の欠格事項の欄は、法人にあつてはその業務を行う役員についても記載すること。

営業所所在地	営業所の名称、 屋号又は商号	営業の種類	現に受けている営業許可 の番号及びその年月日
			第 年 月 日
			第 年 月 日
			第 年 月 日
			第 年 月 日
			第 年 月 日