第 15 号様式（第 17 条関係）

承　　継　　届

年　　月　　日

川崎市保健所長　様

届出者　郵便番号

住　　所

氏　　名

（法人にあっては、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名）

生年月日　　年　　月　　日

電話番号　（　　）　　―

次のとおり、ふぐ営業の営業者の地位をその営業の譲渡（相続、合併、分割）により承継したので、届け出ます。

1　認証施設の所在地

川崎市　　区

2　認証施設の名称

3　認証番号及び認証年月日

第　　号

年　　月　　日

4　営業の譲渡をした者（被相続人）の住所及び氏名（営業の譲渡をした法人、合併により消滅した法人又は分割をした法人の所在地、名称及び代表者の氏名）

5　営業の譲渡（相続開始、合併、分割）の年月日

年　　月　　日