第15号様式（第17条関係）

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

承　　　　　　継　　　　　　届

年　　月　　日

　川崎市保健所長　様神奈川県知事（神奈川県保健福祉事務所長）

　　　　　届出者　郵便番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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