

営業者地位承継届（合併用）

令和 年 月 日

いわき市保健所長 様

所在地

届出者 ^{ふ り が な} 名称及び代表者氏名

電話番号

地位を承継する法人	^{ふ り が な} 名称	
	所在地	
	代表者氏名	
合併により消滅した法人	^{ふ り が な} 名称	
	所在地	
	^{ふ り が な} 代表者氏名	
合併の年月日		年 月 日
施設の所在地（自動車の場合は車台番号及び登録番号）		電話番号
No.	施設の名称、屋号又は商号	営業の種類
	施設の許可の番号及び当該許可を受けた年月日	特記事項
1		
	いわき市指令第 号 年 月 日	
2		
	いわき市指令第 号 年 月 日	
3		
	いわき市指令第 号 年 月 日	
4		
	いわき市指令第 号 年 月 日	
5		
	いわき市指令第 号 年 月 日	
官民データ活用推進基本法に基づきオープンデータとして公開することの可否		<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可

備考

- 「施設の許可の番号及び当該許可を受けた年月日」の欄は、食品衛生法第55条第1項の規定による営業の許可を受けた場合のみ記入してください。
- 合併後存続する法人又は合併により設立された法人の登記事項証明書を添付してください。