

営業者地位承継承認申請書（合併・分割）

年 月 日

（あて先）一宮市保健所長

届出者 主たる事務所
の所在地

名 称

代表者氏名

電話番号

次のとおり 合併 により旅館業の営業者の地位を承継したいので、旅館業法第3条
分割
の2第1項の規定により申請します。

旅館業の施設	名 称			
	所 在 地			
	営業の種別			
合併により消滅する法人又は分割前の法人	名 称		代表者の氏名	
	主たる事務所の所在地			
合併後存続する法人若しくは合併により設立される法人又は分割により旅館業を承継する法人	名 称		代表者の氏名	
	主たる事務所の所在地			
合併又は分割の予定年月日		年 月 日		
申請者	旅館業法第3条第2項各号に該当することの有無及び該当するときは、その内容	<input type="checkbox"/> 該当なし		
		<input type="checkbox"/> 該当あり [第 号に該当] (内容)		

（添付書類）

- 合併後存続する法人若しくは合併により設立される法人又は分割により旅館業を承継する法人の定款又は寄附行為の写し
- 合併契約書又は分画計画書若しくは分割契約書の写し
- その他、保健所長が必要と認める書類

保健所收受印	領収済印	承継承認書
	円	年 月 日 受領者氏名