

営業者地位承継承認申請書（譲渡）

年 月 日

（あて先）一宮市保健所長

届出者 住 所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）
（譲受人）
ふりがな
氏 名（法人にあつては、名称及び代表者の氏名）
生年月日 年 月 日生
電話番号

届出者 住 所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）
（譲渡人）
ふりがな
氏 名（法人にあつては、名称及び代表者の氏名）
生年月日 年 月 日生
電話番号

次のとおり譲渡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	<input type="checkbox"/> 旅館・ホテル営業 <input type="checkbox"/> 簡易宿所営業 <input type="checkbox"/> 下宿営業
譲渡の予定年月日		年 月 日
譲受人	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）

- 1 旅館業の譲渡を証する書類（今後譲渡する旨を証する書類であり、当事者による譲渡の意思と譲渡の事実、譲渡の効力発生日が確認できる譲渡契約書等の写し等）
- 2 譲受人が法人の場合にあつては、譲受人の定款又は寄附行為の写し及び登記事項証明書
- 3 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