

旅館業承継承認申請書（譲渡及び譲受け）

年 月 日

堺市保健所長 殿

申請者

（譲受人） 住所（所在地）

フリガナ

氏名（名称）

（代表者氏名）

電話番号

生年月日（法人の場合は不要）

（譲渡人） 住所（所在地）

フリガナ

氏名（名称）

（代表者氏名）

電話番号

旅館業法第3条の2第1項の規定により、次のとおり譲渡による営業者の地位の承継承認の申請をします。

施設	名称	
	所在地	電話番号
譲渡の予定年月日	年 月 日	
旅館業法第3条第2項各号に該当することの有無	有 ・ 無 (該当するときは、その内容)	
備考		

注意 申請者が法人である場合には、代表者の氏名を併せて記入してください。

[連絡先]担当者名：

電話番号：