

旅館業承継承認申請書（合併・分割）

年 月 日

堺市保健所長 殿

申請者 所在地  
フリガナ  
名称  
代表者氏名  
電話番号

旅館業法第3条の3第1項の規定により、次のとおり（合併・分割）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
合併により消滅する法人	主たる事務所の所在地	
	名称及び代表者氏名	
分割前の法人	主たる事務所の所在地	
	名称及び代表者氏名	
合併又は分割の予定年月日		年 月 日
申請者が旅館業法第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		

[連絡先]担当者名：  
電話番号：