

様式第3号（第5条関係）

証紙貼付欄(消印をしないこと)
 【申込番号】

□	□	□	□	—	□	□	□	□	—	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

 (手数料納付システム利用時に記入)

旅館業合併（分割） 承継承認申請書

年 月 日

福井保健所長 様

住 所
 申請者
 氏 名
 電話番号
 (法人にあつては、その名称、
 事務所所在地および代表者の氏名)

旅館業法第3条の3第1項の規定により、次のとおり営業者の地位の承継の承認を申請します。

合併により消滅する法人または分割前の法人の名称、事務所所在地および代表者の氏名	名称および代表者氏名	
	所在地	
合併後存続する法人もしくは合併により設立される法人または分割により旅館業を承継する法人の名称、事務所所在地および代表者の氏名	名称および代表者氏名	
	所在地	
合併または分割の予定年月日	年 月 日	
営業施設の名称および所在地	名 称	
	所 在 地	
営 業 の 種 別		
許可年月日および許可番号	年 月 日 第 号	
法第3条第2項各号該当の有無およびその内容	有 ・ 無	
	内 容	

添付書類 合併後存続する法人もしくは合併により設立される法人または分割により旅館業を承継する法人の定款または寄附行為の写し