

報 告 営 業 承 継 届

年 月 日

神奈川県 保健福祉事務所長殿

届出者 郵便番号

住 所

氏 名

生年月日 年 月 日

電話番号（ ） -

〔法人にあつては、主たる事務所の
所在地、名称及び代表者の氏名〕

次のとおり報告営業者の地位を相続（合併、分割）により承継したので、届け出ます。

営 業 所 の 所 在 地	電話番号（ ） -	
営 業 所 の 名 称		
営 業 の 種 類		
営業報告済みの証票の 年 月 日 及 び 番 号	年 月 日 第 号	
被相続人の住所及び氏名 （合併により消滅した法人 又は分割をした法人の主 たる事務所の所在地、名 称及び代表者の氏名）	住 所	
	氏 名	
被 相 続 人 と の 続 き 柄		
相 続 開 始 の 年 月 日 （合併又は分割の年月日）	年 月 日	
備 考		