

旅館業の事業譲渡による地位の承継の完了報告書

京都市保健福祉局医療衛生推進室

医療衛生センター 旅館業審査担当 宛て

報 告 日		年 月 日
報告者 (譲受人)	氏 名	(法人にあっては、名称及び代表者名)
	住 所	(法人にあっては、主たる事務所の所在地) (TEL -)

以下の内容について報告します。

営 業 施 設 名 称	
営 業 施 設 所 在 地	
承 認 の 年 月 日 及 び 番 号	年 月 日 京都市指令 保医セ 第 号
譲 渡 年 月 日 (譲渡人から譲受人 に承継された日)	年 月 日
実 地 検 査 に 係 る 日 程 調 整 等 の 連 絡 先	担当者名： /連絡先：
営 業 施 設 に 係 る 主 た る 情 報	①管理者氏名／連絡先 () ②室数／定員 (室 / 名) ③施設外玄関帳場の所在地 () ※③については該当する施設に限る。 ④使用人氏名／連絡先／駐在場所 ()
備 考	

***注** 変更事項がある場合は、旅館業法施行規則第4条に基づき、医療衛生センターに**変更届を提出する**必要があります。