**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

（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）1. 室数／定員

（　　　　　　　室　／　　　　　　　　名）1. 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。1. 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。