

郵送

事業の廃止に関する通知

特定容器包装の利用または製造等に係る事業の全部を、下記の理由により廃止することを連絡します。

特定事業者名			
特定事業者コード			(印) ※担当者印可
代表者氏名			
所在地			
電話番号		担当者氏名	
今後の連絡先 (所在地、電話番号等)	〒	電話番号：	— —

1. 特定容器包装の利用または製造等に係る事業の全部を廃止する場合は、次の (ア) ~ (ク) のいずれかに○印をつけてください。

- (ア) 破産
- (イ) すべての事業を廃止し法的手続によらないで任意に廃業 (私的整理) ※この場合には全債権者に対して、配当を行ったことを証する書面及び私的整理による廃業を通知した書面を添付してください。
- (ウ) 解散 (下記 (エ) の合併に伴う解散を除く)
- (エ) 合併に伴う解散 (合併により消滅会社となる) ※合併の記載のある登記簿謄本原本を添付してください。
- (オ) 特定容器包装の利用または製造等に係る事業全部の自主廃業 (会社分割、事業譲渡を除く)
- (カ) 特定容器包装の利用または製造等に係る事業全部の第三者への会社分割
- (キ) 特定容器包装の利用または製造等に係る事業全部の第三者への事業譲渡で、協会との再商品化委託契約にもとづく債権債務が譲渡先へ承継される事業譲渡
- (ク) 特定容器包装の利用または製造等に係る事業全部の第三者への事業譲渡で、協会との再商品化委託契約にもとづく債権債務が譲渡先へ承継されない事業譲渡

2. 上記理由による特定容器包装の利用または製造等に係る事業全部の廃止年月日または合併、会社分割、事業譲渡期日

平成 年 月 日

3. 上記1. の (エ) (カ) (キ) (ク) に○をつけた方は、今後再商品化の義務を引継ぐ (特定) 事業者についてご記入ください。(※新設分割の場合は、特定事業者コード以外の箇所についてご記入ください。)

(特定) 事業者名	(カナ)	設立年月	明治	年 月
			大正	
特定事業者コード	代表者氏名	(カナ)	昭和	
			平成	
所在地	〒			
担当者氏名	(カナ)	担当者電話番号	—	—

注1 事業の廃止理由が上記の (エ) (カ) (キ) の場合、貴社 (組合) の特定容器包装の利用または製造等に係る事業が上記3. に記載の事業者へ承継されたものとして、貴社への委託料金の返還は行いません。

注2 事業の廃止理由が上記の (オ) の容器包装に係る事業の自主廃業の場合、または (ク) の債権債務の承継が除外された事業譲渡の場合においては、事業廃止前の再商品化委託に対応した拠出委託料を事業廃止事業者に別途請求します。