

整理番号：

※届出者による記載は不要

保健所長 様

## 地位承継届

次のとおり，許可営業者の地位を承継（相続・合併・分割）したので，食品衛生法（第56条第2項・第57条第2項）の規定に基づき届け出ます。

地位を承継する者の情報	郵便番号：	電話番号：	FAX番号：
	電子メールアドレス：		法人番号：
	届出者住所 ※法人にあつては，所在地		
	(ふりがな)	生年月日	年 月 日生
	届出者氏名 ※法人にあつては，その名称及び代表者の氏名		被相続人との続柄
被相続人	郵便番号：	電話番号：	FAX番号：
	電子メールアドレス：		
	被相続人の氏名	(ふりがな)	
	被相続人の住所		
	相続開始年月日	年 月 日	
	添付書類	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本 又は <input type="checkbox"/> 法定相続情報一覧図の写し <input type="checkbox"/> 同意書（相続人が二人以上いる場合）	
合併により消滅した法人	郵便番号：	電話番号：	FAX番号：
	電子メールアドレス：		法人番号：
	合併により消滅した法人の名称及び代表者氏名	(ふりがな)	
	合併により消滅した法人の所在地		
	合併年月日	年 月 日	
添付書類	<input type="checkbox"/> 登記事項証明書（合併後存続する法人又は設立された法人の登記事項証明書）		
分割前の法人	郵便番号：	電話番号：	FAX番号：
	電子メールアドレス：		法人番号：
	分割前の法人の名称及び代表者の氏名	(ふりがな)	
	分割前の法人の所在地		
	分割年月日	年 月 日	
添付書類	<input type="checkbox"/> 登記事項証明書（分割により営業を承継した法人の登記事項証明書）		

営業 施設 情報	郵便番号：	電話番号：	FAX番号：
	電子メールアドレス：		
	施設の所在地		
	(ふりがな)		
	施設の名称，屋号又は商号		
	許可番号及び許可年月日 ※許可営業の場合のみ記入	営業の種類	備考
番号	年 月 日		
番号	年 月 日		
番号	年 月 日		
番号	年 月 日		
番号	年 月 日		
営業 施設 情報	郵便番号：	電話番号：	FAX番号：
	電子メールアドレス：		
	施設の所在地		
	(ふりがな)		
	施設の名称，屋号又は商号		
	許可番号及び許可年月日 ※許可営業の場合のみ記入	営業の種類	備考
番号	年 月 日		
番号	年 月 日		
番号	年 月 日		
番号	年 月 日		
番号	年 月 日		
営業 施設 情報	郵便番号：	電話番号：	FAX番号：
	電子メールアドレス：		
	施設の所在地		
	(ふりがな)		
	施設の名称，屋号又は商号		
	許可番号及び許可年月日 ※許可営業の場合のみ記入	営業の種類	備考
番号	年 月 日		
番号	年 月 日		
番号	年 月 日		
番号	年 月 日		
番号	年 月 日		
備考	食品衛生申請等システムへの登録についての同意 <input type="checkbox"/> オープンデータとしての公開について		
	申請者氏名 <input type="checkbox"/> 公開 <input type="checkbox"/> 非公開 申請者住所 <input type="checkbox"/> 公開 <input type="checkbox"/> 非公開 施設の名称，屋号又は商号 <input type="checkbox"/> 公開 <input type="checkbox"/> 非公開 施設の所在地 <input type="checkbox"/> 公開 <input type="checkbox"/> 非公開 施設の電話番号 <input type="checkbox"/> 公開 <input type="checkbox"/> 非公開 ※施設が輸出食品取扱施設の場合，申請等の情報は，国の事務に必要な限度において，輸出時の要件確認等のために使用します。		