

年 月 日			
整理番号：			
※届出者による記載は不要			
広島県西部保健所長 様			
地 位 承 継 届			
次のとおり、営業者の地位を承継（譲渡・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 ※法人にあっては、所在地		
	(ふりがな)		生年月日 年 月 日生
譲渡した者	届出者氏名 ※法人にあっては、その名称及び代表者の氏名		被相続人との続柄
	郵便番号：		電話番号：
	FAX 番号：		
	電子メールアドレス：		法人番号：
	譲渡した者の氏名（法人にあってはその名称及び代表者の氏名）		(ふりがな)
被相続人	譲渡した者の住所（法人にあってはその所在地）		
	譲渡年月日	年 月 日	
	添付書類	☐ 譲渡が行われたことを証する書類 (・譲渡契約書等の写し等、当事者による譲渡の意思と譲渡の事実が最低限確認できるもの。 ・法人成りの場合は、当該個人事業主と法人成り後の法人との譲渡契約書等の写し等。)	
	郵便番号：		電話番号：
	FAX 番号：		
合併により消滅した法人	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	☐ 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	☐ 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（自動車において調理する営業の場合は、当該自動車の自動車登録番号）					
	(ふりがな)					
	施設の名称、屋号又は商号					
	許可の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				
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（自動車において調理する営業の場合は、当該自動車の自動車登録番号）					
	(ふりがな)					
	施設の名称、屋号又は商号					
	許可の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				
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（自動車において調理する営業の場合は、当該自動車の自動車登録番号）					
	(ふりがな)					
	施設の名称、屋号又は商号					
	許可の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				
備考	食品衛生申請等システムへの登録についての同意 ☐					
	オープンデータとしての公開について					
	申請者氏名		☐ 公開	☐ 非公開		
	申請者住所		☐ 公開	☐ 非公開		
	施設の名称、屋号又は商号		☐ 公開	☐ 非公開		
	施設の所在地		☐ 公開	☐ 非公開		
	施設の電話番号		☐ 公開	☐ 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。					

注 用紙の大きさは、日本産業規格A列4とする。