

整理番号：
※届出者による記載は不要です。

広島県東部保健所長 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	
	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	
譲渡した者	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)			
	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)			
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		☐ 戸籍謄本 又は ☐ 法定相続情報一覧図の写し ☐ 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		☐ 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）			

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

番号

年

月

日

番号

年

月

日

番号

年

月

日

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

番号

年

月

日

番号

年

月

日

番号

年

月

日

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

番号

年

月

日

番号

年

月

日

番号

年

月

日

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

申請者住所

施設の名称、屋号又は商号

施設の所在地

施設の電話番号

公開

公開

公開

公開

公開

非公開

非公開

非公開

非公開

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。