

整理番号：

※ 申請者又は届出者による記載は不要です。

高知市保健所長 様

地位承継届

次のとおり、許可業者の地位を承継（相続・合併・分割）したので、食品衛生法第56条第2項又は第57条第2項の規定に基づき届け出ます。

※ 以下の情報は「官民データ活用推進基本法」の目的に沿って、原則オープンデータとして公開します。
申請者又は届出者の氏名等のオープンデータに不都合がある場合は、次の欄にチェックしてください。（チェック欄 ）

※ 承継する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。

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		
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			