

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
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（法人にあつては、その名称及び代表者の氏名）	(ふりがな)	
	譲渡した者の住所（法人にあつては、所在地）		
	譲渡年月日	年 月 日	
添付書類	<input type="checkbox"/> 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。）		
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 (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		
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		
	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		
	番号 年 月 日		
	番号 年 月 日		
備考			