

松本市保健所長 殿

※申請者、届出者による記載は不要です。

### 地位承継届

下記のとおり、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・第57条第2項)の規定により届け出ます。

※「届出者住所」、「届出者氏名」、「営業施設の電話番号」、「営業施設の所在地」、「営業施設の名称、屋号又は商号」の情報について、  
官民データ活用推進基本法の目的に沿い、オープンデータとして公開することに同意する場合は、次の欄にチェックしてください。(  )

※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。

\*印の項目は、記載必須事項ではありません。

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※法人は不要		
届出者氏名※法人にあつては、その名称及び代表者の氏名		年 月 日生		
		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(法人にあつてはその所在地)			
	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				
	(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載		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				
	許可の番号及び許可年月日 ※許可営業の場合のみ記載		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				
	許可の番号及び許可年月日 ※許可営業の場合のみ記載		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					
----	--	--	--	--	--