

整理番号：

豊田市保健所長 様

※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（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。

※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。

申請者また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 ）

※以下の情報は厚生労働省が運用する食品衛生申請システムに原則登録します。

食品衛生申請等利用規約に同意しない場合は、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
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）	
合併により消失した法人	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（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）		

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、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 令豊保衛 号 年 月 日			
番号 令豊保衛 号 年 月 日			
番号 令豊保衛 号 年 月 日			
番号 令豊保衛 号 年 月 日			
番号 令豊保衛 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、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 令豊保衛 号 年 月 日			
番号 令豊保衛 号 年 月 日			
番号 令豊保衛 号 年 月 日			
番号 令豊保衛 号 年 月 日			
番号 令豊保衛 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、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 令豊保衛 号 年 月 日			
番号 令豊保衛 号 年 月 日			
番号 令豊保衛 号 年 月 日			
番号 令豊保衛 号 年 月 日			
番号 令豊保衛 号 年 月 日			
備考			