

佐世保市保健所長 様

## 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）の規定に基づき届け出ます。

※以下の情報は、食品衛生申請等システムで処理し、「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、非公開の項目にチェックをしてください（確認済 ） 申請者・届出者住所、 申請者・届出者氏名、 営業施設電話番号、 営業施設所在地、 営業施設名称、屋号又は商号

※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		
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	<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：			
	相続人の氏名	(ふりがな)		
	被相続人の住所			
	相続開始年月日			
	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			
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）			

