

年 月 日

整理番号：
※申請者、届出者による記載は不要です。新宿区保健所長宛て

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）

※ 申請等の情報は、承継する施設が輸出食品取扱施設の場合に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	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（個人事業主が法人に成り代わることをいう。以下同じ。）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。）		
	被相続人の氏名	(ふりがな)		
被相続人	電子メールアドレス：			
	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		
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：	
	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）		
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）		

