

長野県 保健所長 殿

地位承継届

下記のとおり、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」等の情報について、
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		□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		□戸籍謄本又は □法定相続情報一覧図の写し □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		□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		□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、当該自動車の自動登録番号）					
	(ふりがな)					
	施設の名称、屋号又は商号					
	許可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				
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、当該自動車の自動登録番号）					
	(ふりがな)					
	施設の名称、屋号又は商号					
	許可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				
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、当該自動車の自動登録番号）					
	(ふりがな)					
	施設の名称、屋号又は商号					
	許可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				
備考						