

年 月 日

整理番号：
※申請者、届出者による記載は不要です。

藤沢市保健所長

地位承継届

次のとおり、営業者（許可・届出）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。

- ※ 以下の情報を「食品衛生申請等システム」（厚生労働省が管理する台帳システム）に登録することに同意します。（チェック欄 □）
- ※ 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。（個人情報を除く。）
次の項目のうちオープンデータとして公開することに不都合がある項目の欄にチェックしてください。
（□申請者・届出者氏名 □申請者・届出者住所 □営業施設名称、屋号又は商号 □営業施設所在地 □営業施設連絡先）
- ※ 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 ※個人の場合 S・H・西暦 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 ※相続による承継の場合		
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		□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）				

担当者	(ふりがな)	電話番号
	担当者氏名	

		法人情報の確認	公印	システム入力	監視票入力	起案	年 月 日
決裁	課長	課長補佐	主査	担当	調査日	決裁	年 月 日
					／ ()	施行	年 月 日
					午前・午後		

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、当該自動車の自動車登録番号）					
	(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 (営業許可の場合)		施設番号 (営業届出の場合)		営業の種類又は形態	

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、当該自動車の自動車登録番号）					
	(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 (営業許可の場合)		施設番号 (営業届出の場合)		営業の種類又は形態	