

記入例（相続）

令和●年 ●月 ●●日

福島市保健所長

- ◆修正液や修正テープは使用しないでください。
◆間違えたときは、二重線で消して正しい文字を記入してください。

整理番号：

※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、許可業者又は届出業者の地位を承継（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 □）

※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：960-●●●●	電話番号：024-●●●●-●●●●	FAX番号：024-●●●●-●●●●
	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 福島市森合町○○○○○		
	(ふりがな) ふくしま いちろう		生年月日 平成(昭和)●●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 福島 一郎		被相続人との続柄 子
被相続人	郵便番号：960-●●●●	電話番号：024-●●●●-●●●●	FAX番号：024-●●●●-●●●●
	電子メールアドレス：●●●●@●●●●.●●●●		
	被相続人の氏名	(ふりがな) ふくしま たろう 福島 太郎	
	被相続人の住所	福島市森合町○○○○○	
	相続開始年月日	令和 ●年 ●月 ●●日	被相続人が亡くなった日
添付書類	<input checked="" type="checkbox"/> 戸籍謄本又は <input type="checkbox"/> 法定相続情報一覧図の写し <input checked="" type="checkbox"/> 同意書(相続人が2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	<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（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：960-●●●●	電話番号：024-●●●●-●●●●	FAX 番号：024-●●●●-●●●●
	電子メールアドレス：●●●●@●●●●.●●		
	施設の所在地 福島市鎌田字○○○○○		
	(ふりがな) ももりんしょうてん かまたてん		
	施設の名称、屋号、商号 ももりん商店 鎌田店		
	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 ●●-●● 令和●年 ●月 ●●日	飲食店営業		
番号 年 月 日			
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		
	(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 年 月 日			
番号 年 月 日			
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		
	(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 年 月 日			
番号 年 月 日			
番号 年 月 日			
番号 年 月 日			
番号 年 月 日			
備考			