

（宛先）高松市保健所長

## 地位承継届

次のとおり、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）の規定に基づき届け出ます。

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、主たる事務所の所在地		
	(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	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	<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：		
	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	<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	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)		

(裏面)

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：	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、商号			
	許可の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		

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、商号			
	許可の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		

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、商号			
	許可の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		

備考	
----	--

注 1 については、該当するものに「」を記入してください。

注 2 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。