

宛先 東大阪市保健所長

許可営業地位承継届出書

下記のとおり、許可営業者の地位を承継（相続・合併・分割）したので、食品衛生法（第56条第2項）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、オープンデータとして公開される場合があります。

申請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。（□）

ただし、食品営業許可証に記載されている事項及び施設電話番号については、チェックの有無にかかわらず公開されます。

※ 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	電子メールアドレス：		法人番号：
	郵便番号：	電話番号：	FAX番号：
	届出者住所 ※法人にあつては、法人所在地		
	(ふりがな)		生年月日 年 月 日生
届出者氏名 ※法人にあつては、その名称並びに代表者の肩書及び氏名		被相続人との続柄	
被相続人	電子メールアドレス：		法人番号：
	郵便番号：	電話番号：	FAX番号：
	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	電子メールアドレス：		法人番号：
	郵便番号：	電話番号：	FAX番号：
	合併により消滅した法人の名称並びに代表者の肩書及び氏名	(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"/> 登記事項証明書又はその写し（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	電子メールアドレス：		法人番号：
	郵便番号：	電話番号：	FAX番号：
	分割前の法人の名称並びに代表者の肩書及び氏名	(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"/> 登記事項証明書又はその写し（分割により営業を承継した法人の登記事項証明書）		

受 付 ()

【裏面】

営業施設情報	電子メールアドレス：		
	郵便番号：	電話番号：	FAX番号：
	施設の所在地		
	(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	営業の種類	備考
	年 月 日		

営業施設情報	電子メールアドレス：		
	郵便番号：	電話番号：	FAX番号：
	施設の所在地		
	(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	営業の種類	備考
	年 月 日		

営業施設情報	電子メールアドレス：		
	郵便番号：	電話番号：	FAX番号：
	施設の所在地		
	(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	営業の種類	備考
	年 月 日		

備考	
----	--