

宛先

東大阪市保健所長

届出営業地位承継届出書

下記のとおり、届出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、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、届出者氏名、施設の所在地、施設の名称、営業の形態については、チェックの有無にかかわらず公開される場合があります。

※ 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 ※法人にあっては、法人所在地			
	(ふりがな)		生年月日 年 月 日生	
	届出者氏名 ※法人にあっては、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	
譲渡した者	電子メールアドレス：		法人番号：	
	郵便番号：	電話番号：	FAX番号：	
	譲渡した者の氏名（法人にあってはその名称並びに代表者の肩書及び氏名）	(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真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	電子メールアドレス：			
	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	□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	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	□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）		

受 付 ()	
--------------------------------	--

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	☐ 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）					
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					
	営業の形態			備考		
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					
	営業の形態			備考		
	1					
	2					
	3					
	4					
5						
備考	私(申請者)は、代替文字の使用に同意します。 ☐ 同意する場合は、 ☐ 欄にチェックしてください。 代替文字の使用とは：申請や届出の際に使用する文字について、コンピュータ入力および許可証等への出力に際して、 正確に表示されない文字の代わりに置き換える文字を使用することです。					
担当者	(ふりがな) 担当者氏名				電話番号	