

地位承継届

該当する承継の種類を、
○で囲んで下さい。

該当する方を○で囲んで
下さい。(許可営業は第56
条、届出営業は第57条)

記入(届出)日を記載して下さい。

令和 3 年 10 月 1 日
整理番号：
※申請者、届出者による記載は不要です。

北海道室蘭保健所長 様

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・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、次の欄にレ点を記載してください。(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： 051 - 8555	電話番号： (0143)24-9849	FAX番号： (0143)24-5282
	電子メールアドレス： :○○○@●●.jp		法人番号： 法人の場合は13ケタの法人番号を記載
	届出者住所 ※法人にあっては、所在地 室蘭市海岸町1-4-1		生年月日 S60年4月1日生
	(ふりがな) むろらん じろう		
届出者氏名 ※法人にあっては、その名称及び代表者の氏名 室蘭 次郎		被相続人との続柄 長男	
被相続人	郵便番号： 051 - 8555	電話番号： (0143)24-9849	FAX番号： (0143)24-5282
	電子メールアドレス：○○○@●●.jp		
	被相続人の氏名	(ふりがな) むろらん たろう 室蘭 太郎	
	被相続人の住所	室蘭市海岸町1-4-1	
相続開始年月日		令和 3 年 9 月 30 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 checked="" 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：		
	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 記載不要 (法人の登記事項証明書)		
分割前の法人	郵便番号：	FAX番号：	
	電子メールアドレス：		
	分割前の法人の名称及び代表者氏名	(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)		

相続の場合のみ記入して下さい。

該当する方にチェックをして下さい。

相続人が二人以上いる場合は、同意書の添付が必要です。

営業 施設 情報	郵便番号： 〇〇〇-〇〇〇〇	電話番号： (0143)24-〇〇〇〇	FAX番号： (0143)24-〇〇〇〇
	電子メールアドレス： 〇〇〇@●●●.jp		
	施設の所在地 室蘭市〇〇町〇-〇		
	(ふりがな) むろらんほけんじょしょくどう		
	施設の名称、屋号、商号 室蘭保健所食堂		
	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・形態	備考
	番号 担保生第〇〇号〇年 〇月 〇日	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・形態	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・形態	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			

複数許可を持っている場合は全て記載して下さい。

複数店舗承継される場合は、こちらにもご記載下さい。

備考
1 「整理番号」欄は、記載しないこと。
2 「被相続人との続柄」欄は、相続による承継の場合のみ記載すること。