

# 地位承継届

記入(届出)日を記載して下さい。

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)

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: 13ケタの法人番号を記入	
	届出者住所 ※法人にあっては、所在地 室蘭市海岸町1-4-1	相続の場合のみ記入のため、空欄とする。	
	(ふりがな) かぶしきかいしゃまるまる むろん たらう	生年月日	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 株式会社○○ 代表取締役 室蘭 太郎	被相続人との続柄		
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		
添付書類	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本 又は <input type="checkbox"/> 法定相続人同意書 (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)		
分割前の法人	郵便番号: ○○○ - ○○○○	電話番号: (0143)24-○○○○	FAX番号: (0143)24-○○○○
	電子メールアドレス: ○○○@●●.jp	法人番号: 13ケタの法人番号を記載	
	分割前の法人の名称及び代表者の氏名	(ふりがな) かぶしきかいしゃぼつぼつ むろん じろう 株式会社×× 代表取締役 室蘭 次郎	
	分割前の法人の所在地	室蘭市○○町○-○	
	分割年月日	令和3年9月30日	
添付書類	<input checked="" 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)		

生年月日欄は空欄とする。

記載不要

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) むろらんほげんじょしょくどう		
	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 胆保生第〇〇号 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		
	番号		
	番号		
	番号		
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		
	番号		
	番号		
	番号		
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。