

記入例(相続)

(宛先) 新潟市保健所長

申請の区分(相続か合併か分割か)

に丸をつけてください

〇年〇月〇日

\*

不都合がある場合は

☑をご記入ください。

地位承継届

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・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、次の欄にチェックしてください。（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

地位を承継する者の情報	郵便番号：	*電話番号： 〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇	FAX番号：	被相続人から見た続柄をご記入ください。 (例) 被相続人の子が相続する場合「長女」等と記入
	電子メールアドレス：		法人番号	
	届出者住所 ※法人にあっては、所在地	新しく相続する方のご自宅の住所、氏名、生年月日をご記入ください。		
	* 新潟市〇〇区××× Δ丁目△番△号			
	(ふりがな) * にいがた はなこ	* 生年月日 〇年 〇月 〇日生		
届出者氏名 ※法人にあっては、その名称及び代表者の氏名			被相続人との続柄	
* 新潟 花子			* 長女	
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) * にいがた たろう		
	* 新潟 太郎	以前の営業者(亡くなった方)の住所、氏名をご記入ください。		
	被相続人の住所	* 新潟市〇〇区××× Δ丁目△番△号		
相続開始年月日	* 〇年 〇月 〇日			
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	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) *	相続する権利のある方全てが記載されている戸籍謄本が必要です。 婚姻等で「除籍」されている方がいる場合は、戸籍謄本を請求する際にご注意ください。 戸籍謄本のかわりに「法定相続情報一覧図の写し」でも可能です。	
	* 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（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：	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	☐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： 〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇		FAX番号：	
	電子メールアドレス：					
	施設の所在地				相続する営業施設の住所、名称 をご記入ください。 複数ある場合は下段に記入また は別紙を添付してください。	
	** 新潟市〇〇区××× △丁目△番△号 (ふりがな) ** レストラン△△△ にいがたてん					
	施設の名称、屋号、商号					
	** レストラン△△△ 新潟店					
	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		備考
	* 番号 〇〇〇〇      〇年 〇月 〇日			** 飲食店営業		
	番号                      年    月    日			相続する営業の種類、営業許可書に記載 されている許可年月日、許可番号(許可 書右上に記載)をご記入ください。 複数ある場合は下段に記入または別紙を 添付してください。		
	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		備考
	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		備考
	番号                      年    月    日					
	番号                      年    月    日					
	番号                      年    月    日					
	番号                      年    月    日					
処理 欄	※この欄は記入しないでください。					
	決裁日	課長	補佐	係長	担当	処理日
	年    月    日					年    月    日

# 食品営業者相続同意証明書

〇〇年 〇〇月 〇〇日

(宛先) 新潟市保健所長

法定相続人が複数いる場合、  
営業所を引き継がない方  
全員の記名が必要です。

証明者 住 所 新潟市××区△△

氏 名 新潟 次郎

2人目以降の方は、余白に  
記名してください。

新潟市××区〇〇

新潟 三郎

次のとおり食品営業者について相続がありましたことを証明します。

被相続人	住所	新潟市〇〇区××× △丁目	以前の営業者の方 (亡くなった方)
	氏名	新潟 太郎	
相続人として 選定された者	住所	新潟市〇〇区××× △丁目△番△号	新しく営業者となる方
	氏名	新潟 花子	

## 備考

証明者氏名の部分は、食品営業者の地位を承継すべき相続人として選定された者以外の  
相続人全員が記名すること。