

* 年 月 日

(宛先) 新潟市保健所長

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「官民の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ます。

地位を承継する者の情報	郵便番号： -		** 電話番号： - -		FAX番号： - -	
	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 *					
	(ふりがな) *				* 生年月日 年 月 日	
	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 *	
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		* 年 月 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 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：				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： - -		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		<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）			

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					
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					
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					
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						
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