

(表)

※着色のある項目については、譲渡の場合「黄」、相続の場合「青」、法人合併の場合「赤」、法人分割の場合「緑」に記載をお願いします。

年 月 日

整理番号：

※申請者、届出者による記載は不要です。

東京都北区保健所長 殿

地位承継届

下記のとおり、許可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56条第2項・第57条第2項）の規定に基づき届け出ます。

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	
譲渡した者	郵便番号：		電話番号：		FAX番号：	
	電子メールアドレス：				法人番号：	
	譲渡した者の氏名（法人にあってはその名称及び代表者の氏名）		(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		<input type="checkbox"/> 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事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	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）			

(日本産業規格A列4番)

(裏)

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（自動車において調理する営業の場合は、当該自動車の自動車登録番号）				
	(ふりがな)				
	施設の名称、屋号、商号				
	許可の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（自動車において調理する営業の場合は、当該自動車の自動車登録番号）				
	(ふりがな)				
	施設の名称、屋号、商号				
	許可の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（自動車において調理する営業の場合は、当該自動車の自動車登録番号）				
	(ふりがな)				
	施設の名称、屋号、商号				
	許可の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			

備考					
----	--	--	--	--	--

(日本産業規格A列4番)