

整理番号：
※申請者、届出者による記載は不要です。

大津市保健所長

合併

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。

※ 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ます。

地位を承継する者の情報	郵便番号： 〇〇〇-〇〇〇〇		電話番号： 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇		FAX番号： 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	
	電子メールアドレス： 〇〇〇〇@△△.jp				法人番号： 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	
	届出者住所 ※法人にあっては、所在地 〇〇県〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号					
	(ふりがな) かぶしきがいしゃ 〇〇しょくひん びわこ たろう				生年月日 平成〇年〇月〇日生	
	届出者氏名 ※法人にあっては、その名称及び代表者の氏名 株式会社〇〇食品 代表取締役 琵琶湖 太郎				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					
添付書類		□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					
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： 〇〇〇-〇〇〇〇		電話番号： 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇		FAX番号： 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	
	住所(法人の場合は登記上の本店所在地)、法人代表者は、保健所に以前届け出た内容と同一ですか？				法人番号： 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	
	合併により消滅した法人の所在地				〇〇県〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号	
	合併年月日		令和〇年〇月〇日			
	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					
	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： 〇〇〇-〇〇〇〇		電話番号： 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇		FAX番号： 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	
	電子メールアドレス： 〇〇〇〇@△△.jp					
	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）					
	滋賀県大津市〇〇町〇丁目〇番〇号					
	(ふりがな) れすとらんたろう おおつてん					
	施設の名称、屋号、商号					
	レストラン太郎 大津店					
	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	
	番号〇〇〇〇〇〇-〇〇 令和〇年〇月〇日		飲食店営業			
	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						

施設の所在地、施設の名称は
以前届け出た内容と
同一ですか？
(許可証記載内容または、過去に保健所に届
け出た変更届の内容と同一ですか？)