

年 月 日

整理番号：

※申請者、届出者による記載は不要です。

那覇市保健所長 宛

地位承継届

下記のとおり、許可業者の地位を承継（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： | 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 ※法人にあつては、所在地 | | |
| | (ふりがな) | 生年月日 | 年 月 日生 |
| | 届出者氏名 ※法人にあつては、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 | 営業の種類 |
| | 第 号 年 月 日 | | |
| | 第 号 年 月 日 | | |
| | 第 号 年 月 日 | | |
| | 第 号 年 月 日 | | |
| | 第 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 | 営業の種類 |
| | 第 号 年 月 日 | | |
| | 第 号 年 月 日 | | |
| | 第 号 年 月 日 | | |
| | 第 号 年 月 日 | | |
| | 第 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 | 営業の種類 |
| | 第 号 年 月 日 | | |
| | 第 号 年 月 日 | | |
| | 第 号 年 月 日 | | |
| | 第 号 年 月 日 | | |
| | 第 号 年 月 日 | | |
| 備考 | | | |