

様式第8号（第9条関係）

（表）

地位承継届

令和 年 月 日

（宛先）高槻市保健所長

- 譲渡
 相続 により 許可営業者 の地位を承継しましたので、食品衛生法 第56条第2項 の規定
 合併 届出営業者 第57条第2項
 分割

により次のとおり届け出ます。

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 ※法人にあつては、所在地		
	(フリガナ)		生年月日(法人にあつては、記載不要)
	届出者氏名 ※法人にあつては、その名称及び代表者の氏名		年 月 日 (相続による承継の場合)被相続人との続柄
譲渡による承継の場合	郵便番号：	電話番号：	FAX番号：
	電子メールアドレス：		法人番号：
	氏 名	(フリガナ)	
	(法人にあつては、その名称及び代表者の氏名)		
	住 所	(法人にあつては、その所在地)	
	譲 渡 年 月 日	令和 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		
相続による承継の場合	郵便番号：	電話番号：	FAX番号：
	電子メールアドレス：		
	氏 名	(フリガナ)	
	住 所		
	相続開始年月日	令和 年 月 日	
添 付 書 類	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本又は法定相続情報一覧図の写し <input type="checkbox"/> 同意書（相続人が2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：		
	名称及び代表者の氏名	(フリガナ)	
	所在地		
	合併年月日	令和 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合併後により設立された法人の登記事項証明書）		
分割による承継の場合	郵便番号：	電話番号：	FAX番号：
	電子メールアドレス：		
	名称及び代表者の氏名	(フリガナ)	
	所在地		
	分割年月日	令和 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）		

(裏)

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場合にあっては、当該自動車の自動車登録番号			
	(フリガナ)			
	施設の名称、屋号又は商号			
	営業許可番号	営業許可年月日	営業の種類	備考
	第 号	令和 年 月 日		
	第 号	令和 年 月 日		
	第 号	令和 年 月 日		
	第 号	令和 年 月 日		
	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場合にあっては、当該自動車の自動車登録番号			
	(フリガナ)			
	施設の名称、屋号又は商号			
	営業許可番号	営業許可年月日	営業の種類	備考
第 号	令和 年 月 日			
第 号	令和 年 月 日			
第 号	令和 年 月 日			
第 号	令和 年 月 日			
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場合にあっては、当該自動車の自動車登録番号				
(フリガナ)				
施設の名称、屋号又は商号				
営業許可番号	営業許可年月日	営業の種類	備考	
第 号	令和 年 月 日			
第 号	令和 年 月 日			
第 号	令和 年 月 日			
第 号	令和 年 月 日			
担当者	(フリガナ)	電話番号		
		電子メールアドレス		

※ 上記の情報のうち、次の項目については、「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されます。オープンデータに不都合がある項目については、チェック欄に記入してください。また、承継する施設が輸出食品取扱施設の場合、届出等の情報は、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されます。

(届出者住所 届出者氏名 施設連絡先 施設の所在地 施設の名称、屋号又は商号)

備考

- 「営業許可番号」及び「営業許可年月日」の欄は、許可業者の地位の承継の場合にのみ記載してください。
- 届出業者の地位の承継の場合は、「営業の種類」の欄に営業の形態を記載してください。