

(表面)

業務の状況

資格者

図面

HACCP

整理番号 _____ ※記載不要

調査日時

調査済み

地位承継届

年 月 日

(提出先)

川越市保健所長

下記のとおり地位を承継（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（第68条第3項において準用する場合を含む。）において読み替えて準用する場合を含む。）の規定により届け出ます。

※ 下記の情報は、「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が、届出者の氏名等のオープンデータに不都合がある場合には、次の欄にチェックしてください。

チェック欄

※ 地位承継届の情報を食品衛生申請等システムに登録すること及び「食品衛生申請等システムにおける個人情報等の取扱いについて」に同意する場合は、次の欄にチェックしてください。

チェック欄

記

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			
	住所（法人にあつては、所在地）					
	ふりがな		生年月日		年 月 日生	
	氏名（法人にあつては、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			
	ふりがな					
	氏名（法人にあつては、名称及び代表者の氏名）					
	住所（法人にあつては、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					
	ふりがな					
	氏名					
	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）				

(裏面)

合併により消滅した法人	郵便番号		電話番号		F A X 番号	
	電子メールアドレス				法人番号	
	ふりがな					
	名称及び代表者氏名					
	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		F A X 番号	
	電子メールアドレス				法人番号	
	ふりがな					
	名称及び代表者の氏名					
	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		F A X 番号	
	電子メールアドレス					
	所在地（自動車において調理する営業の場合は、自動車登録番号）					
	ふりがな					
	名称、屋号又は商号					
	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
		年	月	日		
	年	月	日			
	年	月	日			
	年	月	日			
	年	月	日			
営業施設情報	郵便番号		電話番号		F A X 番号	
	電子メールアドレス					
	所在地（自動車において調理する営業の場合は、自動車登録番号）					
	ふりがな					
	名称、屋号又は商号					
	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
		年	月	日		
	年	月	日			
	年	月	日			
	年	月	日			
	年	月	日			
営業施設情報	郵便番号		電話番号		F A X 番号	
	電子メールアドレス					
	所在地（自動車において調理する営業の場合は、自動車登録番号）					
	ふりがな					
	名称、屋号又は商号					
	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
		年	月	日		
	年	月	日			
	年	月	日			
	年	月	日			
	年	月	日			
備考						