※申請者、届出者による記載は不要です。

　山形県最上保健所長　殿

|  |  |
| --- | --- |
| 別紙４－１ | 年　　月　　日　整理番号： |

地位承継届

|  |
| --- |
| 下記のとおり、許可営業者の地位を承継（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： | 電話番号： | FAX番号： |
| 電子メールアドレス： |
| 届出者住所　※法人にあっては、所在地 |
| （ふりがな） | （生年月日） |
| 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 |
| 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 | □戸籍謄本　　　　□同意書（相続人が二人以上いる場合） |
| 合併により消失した法人 | 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 | □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） |
| 合併前の法人 | 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） |
|  |
| 分割前の法人所在地 |  |
| 分割年月日 | 　　　　　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： | 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※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 |  |  |
| 　　　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 |
| （ふりがな） |
| 施設の名称、屋号、商号 |
| 許可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 |  |  |
| 　　　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 |
| （ふりがな） |
| 施設の名称、屋号、商号 |
| 許可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 |  |  |
| 　　　番号　　　　　　　年　　月　　日 |  |  |
| 備考 |  |