様式第４号

年　　　月　　　日

整理番号：

　（宛先）長野市保健所長　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※申請者、届出者による記載は不要です。

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）の規定により届け出ます。

※国が管理する食品衛生申請等システムに「届出者住所」、「届出者氏名」、「営業施設の電話番号」、「営業施設の所在地」、「営業施設の名称、屋号又は商号」の情報について、官民データ活用推進基本法の目的に沿い、オープンデータとして公開することに同意する場合は、次の欄にチェックしてください。（　□　）

※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。

【オープンデータについてのお願い】長野市では、個人情報（氏名、住所、電話番号）を除く営業許可に関する情報をホームページで公開します。

＊印の項目は、記載必須事項ではありません。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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※法人にあっては、所在地 |
| （ふりがな） | 生年月日※法人は不要 |
| 届出者氏名※法人にあっては、その名称及び代表者の氏名 | 年　　月　　日生 |
| 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） |
| 届出者氏名 |
| 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 | 　　　　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 | 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＊： | 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） |
| 様式第４号 |
| 分割前の法人 | 郵便番号＊： |  | 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 | □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（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載 | 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載 | 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載 | 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 |

|  |  |
| --- | --- |
| 受付担当者 |  |
| 食協担当者確認 |  |

 |