様式第９号（第12条関係）

地位承継届

年　　月　　日

宮崎市保健所長　殿

食品衛生法（第56条第２項・第57条第２項）の規定により、許可営業者（届出営業者）の地位を承継（相続・合併・分割）したので、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（法人にあっては、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 | □戸籍謄本又は法定相続情報一覧図の写し　□営業相続承継同意書 | | | |
| 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 | | | |
| 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 | □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、屋号又は商号 | | | | |
| 許可番号及び許可年月日 | | 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、屋号又は商号 | | | | |
| 許可番号及び許可年月日 | | 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、屋号又は商号 | | | | |
| 許可番号及び許可年月日 | | 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 |  | | | | |