

係長	担当	台帳確認

受付番号（届出）		

受付番号（許可）		

第3号様式（第3条の2関係）

年 月 日

整理番号：
申請者、届出者による記載は不要です。

江戸川区江戸川保健所長 殿

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。
申請者又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：				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	
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)			
	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：				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）			

承継入力・添付者			保健所収受印
本人確認 氏名： 確認書類：マイナンバーカード、運転免許証、在留カード、他()確認者			

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（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入		営業の種類
	番号	年 月 日	備考
	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入		営業の種類
	番号	年 月 日	備考
	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入		営業の種類
	番号	年 月 日	備考
	番号	年 月 日	
	番号	年 月 日	
	番号	年 月 日	

備考	
----	--