様式第５号（第9条関係）

年　　月　　日

福岡県　　　　保健福祉（環境）事務所長　殿

地位承継（譲渡）届

下記のとおり、許可営業者・届出営業者の地位を承継したので、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。

　　 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。（ □ ）

※ 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） |
| 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 |
| 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。) |
| 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 |
| 現に受けている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 |
| 番号　　　　　　　　　　　年　　月　　日 |  |  |
| 番号　　　　　　　　　　　年　　月　　日 |  |  |
| 番号　　　　　　　　　　　年　　月　　日 |  |  |
| 番号　　　　　　　　　　　年　　月　　日 |  |  |