

年 月 日

広島市保健所長 様

整理番号：
※申請者、届出者による記載は不要です。

地位承継届（譲渡）

下記のとおり、許可営業者の地位を承継（譲渡）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。

※ 届出に係る情報については、原則として、公開事項となります（個人の住所・電話番号・生年月日等一部非公開事項あり）。
※ 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)		
	届出者氏名 ※法人にあっては、その名称及び代表者の氏名		(生年月日) 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 (複数ある場合は別紙に記入)	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、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	備考
	番号 年 月 日		
	番号 年 月 日		
	番号 年 月 日		
	番号 年 月 日		
備考	・譲受人 □運転免許証 □マイナンバーカード □その他 () ・譲渡人 □運転免許証 □マイナンバーカード □営業許可証 □その他 ()		本人確認

◎ここから下には記入しないでください。

施設調査年月日			☐ 届出書記載事項に相違ない。 ☐ 設備、業態の変更なし HACCP 導入 ☐ 有 ☐ 無			調査者	受付印
(受付)			(伺い)				
係	システム処理	係長	係	係長	課長	システム処理(受付)	

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、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	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、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	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、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	備考
	番号 年 月 日		
	番号 年 月 日		
	番号 年 月 日		
	番号 年 月 日		