

福 井 県 保 健 所 長 様

郵便番号

住 所

電話番号

フリガナ

氏 名

(法人にあつては、法人の名称、主たる
事務所の所在地および代表者氏名)

生年月日 年 月 日

被相続人との続柄

許 可
営 業 承 継 届
登 録

相続

福井県食品衛生条例第8条の2第2項の規定により、次のとおり 相続
合併による許可・登録営業者の地位
分割

の承継の届出をします。

被相続人の氏名および住所又は合併により消滅した法人の名称、主たる事務所の所在地及び代表者の氏名または分割前の法人の名称、主たる事務所の所在地および代表者の氏名	
相続開始の年月日、合併の年月日または分割の年月日	年 月 日
営業所の所在地	
営業の種類	
現に受けている営業許可・登録の番号および年月日	

備考

- 1 申請者（申請者）が法人であるときは、その代表者）が自署する場合には押印は不要です。
- 2 この届出書には、次に掲げる書類を添えてください。
 - (1) 相続の場合
 - イ 戸籍の謄本
 - ロ 相続人が2人以上の場合において、その全員の同意により許可営業者の地位を承継すべき相続人として選定されたときは、その全員の同意書
 - (2) 合併の場合
合併後存続する法人または合併により設立された法人の登記簿の謄本
 - (3) 分割の場合
分割により営業を承継した法人の登記簿の謄本

営業許可承継同意書

福井県食品衛生条例第8条の2第2項の許可業者の地位を相続人が承継することに同意します。

年 月 日

承継者 住所 _____
(相続人)
氏名 _____

同意者 住所 _____
氏名 _____ 印

同意者 住所 _____
氏名 _____ 印

同意者 住所 _____
氏名 _____ 印

同意者 住所 _____
氏名 _____ 印