

施設番号		交付予定	／	受付入力	
------	--	------	---	------	--

開設者地位承継届出・書換え交付申請書（相 続）

年 月 日

大阪市保健所長

届出者住所
〒

届出者氏名

年 月 日生

TEL

相続により、理・美容所の開設者の地位を承継したため、次のとおり届け出を行い、検査確認済の証の書き換え交付を申請します。

施設名称	公開している又は公開する予定の電話番号（注1） TEL	
所在地		
営業の種別	理 容 所 ・ 美 容 所	
被相続人	住 所	
	氏 名	
被相続人との続柄		
相続開始年月日	年 月 日	
◎添付書類 1 届出者の戸籍謄本又は法定相続情報一覧図の写し 2 被相続人の戸籍謄本又は除籍謄本（届出者の戸籍謄本を添付する場合） 3 届出者を除く相続人全員の同意証明書（様式共1） 4 承継資格の確認書（様式共2） 5 検査確認済の証（写しは不要） 6 住民票の写し（外国人の場合）（注2）		保健所受付印
		連絡先電話番号

注1 公開している又は公開する予定の電話番号は、インターネット、電話帳、看板等により広く知らせている電話番号をご記入ください。

注2 発行後3カ月以内のものが必要です。

行政書士法等行政手続きに関する法律を遵守すること

上記開設者地位承継届出・書換え交付申請書（相 続）を受理し、別添「検査確認済の証」を作成します。							
指令番号及び受理年月日				大保環第 号 年 月 日			
起案	所長	主幹	副主幹	係長	担当者	受付者	取扱責任者 文書主任
決裁							所長印 専用
							通 簡所