

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（法人の合併・分割）

年 月 日

大阪市保健所長

届出者住所

〒 —

届出者氏名

TEL

合併・分割により理・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		
合併により消滅する法人又は分割前の法人に関する事項	名称		
	代表者氏名		
	事務所所在地		
合併又は分割年月日	年 月 日		
◎添付書類 1 合併（分割）後の登記事項証明書〔合併（分割）前のそれぞれの法人名が記載されているもの〕（注2） 2 検査確認済の証（写しは不要）			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ヶ月以内のもので、法人の現状が確認できるものが必要です。

行政書士法等行政手続きに関する法律を遵守すること。

(以下 保健所記入欄)							
上記開設者地位承継届出・書換え交付申請書（法人の合併・分割）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	決裁	完結	取扱責任者		文書主任		
決裁	所長	主幹	副主幹	係長	担当者	受付者	
							所長印 専用
							通 簡所