

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	
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 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） ◎持参書類（原本確認後、返却します。） 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		