

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（事業譲渡）											
大阪市保健所長										年 月 日	
届出者住所（法人の場合は事務所の所在地）										〒 -	
届出者氏名（法人の場合は名称、代表者氏名）											
TEL											
事業譲渡により、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									
譲渡人に関する事項		住所 （法人の場合は事務所の所在地）									
		氏名 （法人の場合は名称、代表者氏名）									
譲渡年月日				年 月 日							
◎添付書類 1 営業の譲渡が行われたことを証する書類 2 登記事項証明書（譲受人が法人の場合）（注2） 3 住民票の写し（外国人の場合）（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カ月以内のものがが必要です。
行政書士法等行政手続きに関する法律を遵守すること。
譲渡前に必要な手続きがされていなかった場合、地位を承継した譲受人が必要な手続きを行うこと。

-----（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（事業譲渡）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 箇所					