

施設番号	受付入力
------	------

**営業者地位承継届出・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・分割によりクリーニング所・無店舗取次店の営業者の地位を承継したため、次のとおり届け出ます。

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			
無店舗取次店の業務用車両	自動車登録番号 又は車両番号	車両の保管場所	
	自動車登録番号 又は車両番号	車両の保管場所	
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		

営業者の地位承継に伴い検査確認済の証に変更が生じるため、検査確認済の証の書換え交付を申請します。(注2)

◎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(無店舗取次店の場合は不要) 3 他に開設しているクリーニング所・無店舗取次店の名簿(様式4)	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順守すること。

(以下 保健所記入欄)										
<input type="checkbox"/> 上記営業者地位承継届出・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。										
<input type="checkbox"/> 上記営業者地位承継届出を受理します。										
指令番号及び受理年月日					大保環第 _____ 号					
起案	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	
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	