

地 位 承 継 届 (相 続)

広島市保健所長 宛

受付印 <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>	〒 _____ 相 続 人 住 所 _____ (電 話 番 号) (_____) ※押印は不要です。 相 続 人 氏 名 _____ (生 年 月 日) _____ 年 _____ 月 _____ 日
---------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

次のとおり届け出ます。

施設 の 名 称	電話番号 _____ ※施設の電話番号は、情報公開の対象です。
施設 の 所 在 地	〒 _____ 広島市 _____ 区
営 業 の 種 類	<input type="checkbox"/> 理容所 <input type="checkbox"/> 美容所 <input type="checkbox"/> クリーニング所 <input type="checkbox"/> 興行場 <input type="checkbox"/> 公衆浴場
許 可 ・ 確 認 年 月 日 及 び 番 号	_____ 年 _____ 月 _____ 日 第 _____ 号 許可証・確認証の添付 → <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (亡失の場合)
相 続 開 始 年 月 日	_____ 年 _____ 月 _____ 日
被 相 続 人 住 所	_____
被 相 続 人 氏 名	_____
被相続人との間柄	_____

《添付書類》

- ・ 許可証又は確認証
- ・ 相続人を確定できる戸籍謄本類 (戸籍謄本、除籍謄本、改製原戸籍謄本) 又は法定相続情報一覧図の写し
- ・ 相続人が2人以上いる場合は、その全員の同意により営業者 (開設者) の地位を承継する相続人として選定された者であることを証明する同意書

◎ここから下には記入しないでください。

	(受付)		(伺い)						
台帳処理	特記事項	係	係	係長	課長	照合	公印		
/									