

地位承継届（合併・分割）

広島市保健所長 宛

受付印	(地位承継者) 〒 _____
	所在地 _____
	(電話番号) (_____ - _____) ※押印は不要です。
	名称・代表者 _____

※ 法人の場合、電話番号は情報公開の対象です。

次のとおり届け出ます。

施設 の 名 称	
施設 の 所 在 地	〒 広島市 区
施設 の 電 話 番 号	_____ - _____ ※ 施設の電話番号は、情報公開の対象です。 個人の携帯電話番号等を併用している場合はご注意ください。
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）
合併又は分割の年月日	年 月 日
合併により消滅した法人又は分割前の法人※	所 在 地
	名称・代表者

《添付書類》

- ・ 許可証又は確認証
- ・ 合併後存続する法人若しくは合併により設立された法人又は分割により事業を承継する法人の登記事項証明書（写しでも可）
- ・ 興行場及び公衆浴場の場合は、合併後存続する法人若しくは合併により設立された法人又は分割により事業を承継する法人の定款又は寄附行為の写し

※ 合併により消滅した法人が複数ある場合は、合併により消滅した法人欄を別紙に記載して添付してください。

◎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
/		/		/		/		/