

年 月 日

コインランドリー地位承継届(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) (- - -) 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。		
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》

- ・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)

※ 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
------	------	---	--	---	----	----	----	----