

年 月 日

コインランドリー地位承継届(事業譲渡)

広島市保健所長宛

受付印	(地位承継者) 〒 住 所 (電話番号) (- - -) 氏 名
-----	--

生年月日: (個人の場合のみ記入)

(法人の場合は、その名称、所在地及び代表者の氏名)

※ 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。		
事業譲渡の年月日	年 月 日		
事業を譲渡した者 (法人の場合は、その名称、 所在地及び代表者の氏名)	住 所		
	氏 名		

《添付書類》

- ・ 法人の場合は登記事項証明書(写しでも可)
- ・ 事業の譲渡が行われたことを証する書類
- ・ 構造設備等の変更に関する申立書

◎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
------	------	---	--	---	----	----	----	----