

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）（ - - ） ※押印は不要です。

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	住 所		
〔法人の場合は、その名称、 所在地及び代表者の氏名〕	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
✓		✓		✓		✓	✓	✓