|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 地位承継届  年　　月　　日  （宛先）川崎市保健所長  住　所  氏　名  年　　月　　日生  被相続人との続柄（　　　　）  電　話 | | |
|  | | 法人にあっては、主たる事務所の  所在地、名称及び代表者の氏名 |
| 相続(合併、分割)により理容所の開設者の地位を承継したので、次のとおり届け出ます。 | | |
| （被相続人）  氏名  住所 |  | |
| （合併により消滅した法人又は分割前の法人）  名称  主たる事務所の所在地  代表者の氏名 |  | |
| 相続開始、合併又は分割の  年月日 | 年　　　月　　　日 | |
| 名称 |  | |
| 所在地 | 区　　　　　　　　　　　電話 | |
| 注　添付書類　1　理容所適合確認済書  2　相続による承継にあっては、戸籍謄本  3　相続人が2人以上ある場合において、その全員の同意により開設者の地位を承継  すべき相続人として選定された者にあっては、その全員の同意書  4　合併による承継にあっては、合併後存続する法人又は合併により設立された法人  の登記事項証明書  5　分割による承継にあっては、分割により営業を承継した法人の登記事項証明書 | | |