

様式第 8

# 理容所開設者地位承継届出・書換え交付申請書 (合併・分割)

年 月 日

(宛先) 東大阪市保健所長

届出者 所 在 地

名 称

代表者の氏名

理容師法第 11 条の 3 第 2 項の規定により、次のとおり届出をします。  
東大阪市理容師法施行細則第 6 条の規定により、理容所検査確認済証の書換え交付を申請  
します。

|                                       |                                |
|---------------------------------------|--------------------------------|
| 施 設 の 名 称                             |                                |
| 施 設 の 所 在 地                           | TEL                            |
| 理容所検査確認済証の<br>確認年月日及び番号               | 年 月 日 号<br>第                   |
| 合併により<br>消滅した法人<br>又は分割前の法人<br>に関する事項 | 名 称<br>所 在 地<br>代 表 者<br>の 氏 名 |
| 合併又は分割の年月日                            | 年 月 日                          |

(添付書類)

- 1 営業を承継する法人の登記事項証明書
- 2 理容所検査確認済証