様式第９

**クリーニング所・無店舗取次店**

**営業者地位承継届出・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

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 電話番号

　クリーニング業法第５条の３第２項の規定により、次のとおり届出をします。

東大阪市クリーニング業法施行細則第７条の規定により、クリーニング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 |  ℡  |
| 無店舗取次店の業務用車両の保管場所及び自動車登録番号又は車両番号 |  |
| クリーニング所検査確認済証の確認年月日及び番号 | 　　　　 　 年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　第　　　　　　　　号 |
| 合併により消滅した法人又は分割前の法人に関する事項 | 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 代表者の氏名 |  |
| 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　クリーニング所検査確認済証