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