様式第７

**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（譲渡）**

年　　月　　日

（宛先）東大阪市保健所長

　　　　届出者　住　　所

氏　　名

　 生年月日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 電話番号

届出者が法人の場合は、その名称、事務所所在地

及び代表者の氏名を記入すること。

届

　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 |
| 譲渡人に  関する事項 | 氏名（名称） |  |
| 住所（法人の場合は主たる事務所所在地） |  |
| （法人の場合）  代表者の氏名 |  |
| 譲渡の年月日 | | 年　　　　月　　　　日 |

（添付書類）

　１　営業の譲渡が行われたことを証する書類　　２　クリーニング所検査確認済証