

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。

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	TEL		
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		
譲渡人に関する事項	氏名（名称）		
	住所（法人の場合に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（無店舗取次店の場合は不要）