

理容所開設者承継届（分割）

年 月 日

（あて先） 千葉市保健所長

主たる事務所の所在地	
名称 代表者の氏名	(※)
(※) 記名押印又は法人の代表者が署名してください。 ただし、押印又は署名以外の方法により法人の代表者からの申請であることを確認できる場合は記名のみで可。	
連絡先電話番号 連絡先メールアドレス	@

開設者の地位を承継したので、理容師法第 1 1 条の 3 第 2 項の規定により、次のとおり届け出ます。

理容所	名称	フリガナ		
	所在地	千葉市 区 (電話)		
確認番号	第 号	確認年月日	年 月 日	
分割前の法人	名称			
	主たる事務所の所在地			
	代表者の氏名			
分割年月日	年 月 日			

添付書類	受 付 印
1 分割により営業を承継した法人の登記事項証明書	
2 現に交付を受けている理容所検査確認証	