

年 月 日

福井保健所長 様

届出者 住 所
氏 名

年 月 日生

電話番号

被相続人との続柄

〔 法人にあつては、その名称、主たる
事務所の所在地および代表者の氏名 〕

美 容 所 承 継 届

譲渡
相続
合併
分割
美容所の開設者の地位を
により承継したので、美容師法第12条の2第2項の規定
により、次のとおり届け出ます。

譲渡人または被相続人の氏名および住所 〔 法人にあつては、合併により消滅した 法人または分割前の法人の名称、主たる 事務所の所在地および代表者の氏名 〕	
譲渡または相続開始の年月日 (法人にあつては、合併または分割の年月日)	年 月 日
美容所の名称および所在地	
現に交付されている美容所検査 確認済の証の番号および交付年月日	第 号 年 月 日

備考

この届出書には、次に掲げる書類を添付してください。

- (1) 営業の譲渡が行われたことを証する書類
- (2) 譲受人が外国人であるときは、住民票の写し（住民基本台帳法（昭和42年法律第81号）第30条の45に規定する国籍等を記載したものに限る。）
- (3) 届出者の戸籍謄本または法定相続情報一覧図の写し（法人にあつては、合併後存続する法人もしくは合併により設立された法人または分割により営業を承継した法人の登記事項証明書）
- (4) 相続人が2人以上ある場合において、その全員の同意により美容所の開設者の地位を承継すべき相続人として選定されたときは、相続人全員の同意書
- (5) 美容所検査確認済の証の記載事項に変更を生じたときは、その美容所検査確認済の証