

第5号様式（第9条関係）

理 容 所 承 継 届

(宛先) 京 都 市 保 健 所 長	年 月 日
届出者の住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）	届出者の氏名（法人にあっては、名称及び代表者名） 年 月 日生 電話 ー

理容師法第11条の3第2項の規定により届け出ます。	
区 分	☐ 相続 ☐ 合併 ☐ 分割
理 容 所	名 称 電話 ー
	所 在 地 京都市 区
検査確認済証発行年月日及び番号	
被相続人、合併により消滅した法人又は分割前の法人	氏名（法人にあっては、名称及び代表者名）
	住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）
	届 出 者 の 続 柄
相続開始、合併又は分割の年月日	
年 月 日	

注1 該当する□には、レ印を記入してください。

2 届出者の続柄の欄は、届出者が法人である場合は、記入する必要はありません。

添 付 書 類	1 戸籍謄本又は法定相続情報一覧図の写し（相続の場合に限ります。） 2 相続同意証明書（相続の場合に限ります。） 3 申立書（相続の場合に限ります。ただし法定相続情報一覧図の写しがある場合は必要ありません。） 4 法人の登記事項証明書（合併又は分割の場合に限ります。） 5 その他	
	担当者（事業者） (フリガナ) (氏名) 電話 () ー	収 受 印
備考欄（確認事項等）		

理 容 所
美 容 所開設者相続同意証明書
ｸﾘｰﾆﾝｸﾞ 所

年 月 日

(宛先) 京都市保健所長

証明者の氏名 印

理 容 所
下記のとおり美 容 所の開設者について、相続がありましたことを証明します。
ｸﾘｰﾆﾝｸﾞ 所

記

営 業 施 設	名 称	
	所在地	
被 相 続 人	氏 名	
	住 所	
開設者の地位を承継すべき相続人として選定された者	氏 名	年 月 日 生
	住 所	電話 ー

注 証明者の氏名については、理容所、美容所又はｸﾘｰﾆﾝｸﾞ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者以外の相続人全員が記名押印又は署名して下さい。

申 立 書

年 月 日

(宛先) 京都市保健所長

申立者の住所

申立者の氏名
(記名押印又は署名)

印

下記の記載事項について、一切虚偽のないことを申し立てます。

記

1 相続人（遺言による相続人を含む。）と被相続人との続柄

2 記載の相続人以外に他の相続人はありません。