

第8号様式(第14条関係)

設置者の地位承継届

年 月 日

相模原市保健所長 あて

郵便番号

住 所

氏 名

(法人にあっては、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名)

電話番号 ()

次のとおり届け出ます。

施設 の 名 称	
施設の設置場所	
地位承継の年月日	年 月 日
地位承継の理由	
旧設置者の住所	
旧設置者の氏名	

問合せ先:生活衛生課
(電話)042-769-8347