

第 1 2 号様式

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

(法人にあつては、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	相続 ・ 合併 ・ 譲渡 ・ その他()
旧 設 置 者 の 住 所	
旧 設 置 者 の 氏 名	