

### 福岡県理容生活衛生同業組合名義継承加入申込書

平成 年 月 日

福岡県理容生活衛生同業組合

理事長 殿

住 所 〒 福岡県 市 区 番地  
郡 町

店舗所在地 〒 福岡県 市 区 番地  
郡 町

店舗名称 ( ) 電話番号 ( )

旧営業者氏名

ふりがな

新継承者氏名 年 月 日生

免許番号 ( 都 道 号 ) 所轄保健所 ( 保健所 )  
府 県

従業員数 ( 名 ) 椅子台数 ( 台 )

今般福岡県理容生活衛生同業組合の上記組合員の出資金 ( 口 円  
也) を継承の上組合員になりたいので加入金を添え、所轄支部長連署を以て申込みいた  
します。

福岡県理容生活衛生同業組合 支部

支部長 氏名 (印)

譲渡者 氏名 (印)

加入者 氏名 (印)