

相 続 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

店舗の名称 () 電話番号 ()

ふりがな

相続者氏名 年 月 日生

免許番号 (都 道 府 県 号) 所轄保健所 (保健所)

今般 の死亡により、出資金 (口 円也) を相続し、
組合員となりたいので他の相続人の同意書を添付し、所属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 ㊟

相続者 氏名 ㊟

同 意 書

平成 年 月 日

福岡県理容生活衛生同業組合

理事長 殿

今般 の死亡により貴組合に対する
出資金 (口 円也) は が
相続することを同意します。

死亡者との続柄
氏 名 ㊟

死亡者との続柄
氏 名 ㊟

死亡者との続柄
氏 名 ㊟

死亡者との続柄
氏 名 ㊟