担当理事	係	支部長	担当者

相 続 加 入 届

西暦２０　　年　　月　　日

茨城県理容生活衛生同業組合理事長殿

支部

支部長　　　　　　　　印

茨城県理容組合定款第９条により、下記にて相続加入申請をいたします。

記

区分 項目	新相続人	旧組合員
加入者名		
生年月日		
発生日（相続日）	西暦　　年　　月　　日	
組合加入日		西暦　　年　　月　　日
店舗名		
現住所		
理由		

※　賠責異動通知等の書類を添付下さい。