令和　　　年　　　月　　　日

譲渡証明書

（あて先）浜松市保健所長

譲渡人　住所（所在地）

氏名（名称及び代表者氏名）

譲受人　住所（所在地）

氏名（名称及び代表者氏名）

この度、下記の施設について、上記の者の間で事業のすべてを譲渡したことを証明します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 営業施設の名称 |  |
| 営業施設の所在地 | 浜松市 |
| 営業の種類 | □理容所　□美容所　□クリーニング所（□一般　□取次）□興行場□公衆浴場（□一般　□その他） |
| 許可(確認)年月日及び番号 | 年　　　月　　　日（　　　　　　　）第　　　　　　号 |
| 譲渡年月日 | 年　　月　　日 |
| 当該事業に係る許可書等又は開設検査確認通知書の受け渡し | □譲受人に受け渡しました　（受け渡し年月日　　　年　　月　　日） |