

事業譲渡証明書

年 月 日

千葉県保健所長 様

譲渡者 住所
氏名 (※)

譲受者 住所
氏名 (※)

上記の者の間で下記の施設の営業の全部が譲渡されたことを証明します。

記

1 営業施設の種別

理容所

2 確認年月日及び確認番号

3 確認を受けた施設の名称及び所在地

4 譲渡日

※法人の場合は記名押印してください。

法人以外でも本人（代表者）が手書きしない場合は、記名押印してください。