

年 月 日

譲渡証明書

熊本市保健所長（宛）

譲渡者 住所

氏名

印

（法人の場合は、その名称及び代表者の氏名）

譲受者 住所

氏名

印

（法人の場合は、その名称及び代表者の氏名）

この度、下記の施設について、上記の者の中で事業の全てを譲渡したことを証明します。

営業施設の名称	
営業施設の所在地	熊本市 区
営業の種類	<input type="checkbox"/> 理容所 <input type="checkbox"/> 美容所 <input type="checkbox"/> クリーニング所(<input type="checkbox"/> 受渡所 <input type="checkbox"/> 処理所 <input type="checkbox"/> 無店舗取次店) <input type="checkbox"/> 旅館業(<input type="checkbox"/> 旅館・ホテル <input type="checkbox"/> 簡易宿所 <input type="checkbox"/> 下宿) <input type="checkbox"/> 興行場 <input type="checkbox"/> 公衆浴場(<input type="checkbox"/> 一般公衆浴場 <input type="checkbox"/> その他公衆浴場)
許可(確認)年月日 及び番号	年 月 日 指令()第 号