年　　　月　　　日

八王子市保健所長　様

営業譲渡に関する証明書

下記の施設について、甲は乙に　　　　年　　　月　　　日をもって営業を譲渡（します・しました）。

記

譲渡施設

|  |  |
| --- | --- |
| 施設の業態  （該当業態に〇） | 理容所・美容所・クリーニング所・旅館・公衆浴場・興行場 |
| 施設の名称 |  |
| 施設所在地 |  |

甲（施設の営業を譲渡するもの、現在の営業者）

|  |  |
| --- | --- |
| 住所  （法人の場合は、主たる事務所の所在地） |  |
| 氏名  （法人の場合は、法人の名称及び代表者の氏名） |  |

乙（施設の営業を譲り受けるもの、新しい営業者）

|  |  |
| --- | --- |
| 住所  （法人の場合は、主たる事務所の所在地） |  |
| 氏名  （法人の場合は、法人の名称及び代表者の氏名） |  |

※甲および乙の氏名は、署名とすること（法人の場合は、法人代表者印を押印すること）

※本書類は一例であり、同等の内容の書類又は記載で補完できるものである。