営業譲渡・事業譲渡等合意書

年 月 日

譲渡者 住所(法人の場合は、主たる事務所の所在地)

フリガナ
氏名(法人の場合は、名称及び代表者の氏名)

生年月日

譲受者 住所(法人の場合は、主たる事務所の所在地)

フリガナ
氏名(法人の場合は、名称及び代表者の氏名)

生年月日

上記の者の間で下記の事業の全部が譲渡されたことを証明します。

また、譲渡に当たり、保健所の指導事項等についても確認し、合意していることを証明します。

譲受者が本件営業譲渡・事業譲渡に伴う地位承継届を提出するに際し、保健所に保管されている以下の営業施設の申請書(届出)、函面等を利用することに同意します。

記

- 1 営業種 理容師法・美容師法・クリーニング業法に基づく営業
- 2 確認番号及び確認年月日 年 月 日
- 3 施設名称
- 4 施設所在地
- 5 譲渡の事実があった日 年 月 日