様式4（第1関係）

令和 年 月 日

（あて先）浜松市保健所長

届出者（譲受人）

住 所

〔法人にあっては
主たる事務所の所在地〕

氏 名

〔法人にあっては名称及び
代表者の役職・氏名〕

生年月日

年 月 日生

〔営業者が法人の
場合は記入不要〕

理容所・美容所 譲渡承継届

〔理容所
美容所〕の開設者の地位を承継したため、〔理容師法第11条の3第2項
美容師法第12条の2第2項〕の規定に
より、下記のとおり届け出ます。

記

譲渡人	住 所 〔法人にあっては 主たる事務所の所在地〕	
	氏 名 〔法人にあっては名称及び 代表者の役職・氏名〕	
譲 渡 の 年 月 日		年 月 日
理容所 美容所	名 称	
	所 在 地	浜松市 区
	確認通知年月日 及 び 番 号	年 月 日 第 号
備 考	届出担当者 氏 名 () 電話番号 (- -)	
確 認 検 査 日	月 日 () :	

- 1 営業の譲渡が行われたことを証する書類を添付すること。
- 2 届出者が外国人の場合にあっては、住民票の写し（住民基本台帳法第30条の45に規定する国籍等を記載したものに限り。）を添付すること。
- 3 当該理容所・美容所の理容所・美容所開設検査確認通知書を提示すること。
- 4 当該理容所・美容所の平面図を添付されたい。