

# 証 明 願 (承 継)

年 月 日

広島県 保健所長 様

住 所

氏 名

次のとおり、承継について届出又は申請があったことを証明してください。

営 業 の 種 別	<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"/> 一般 <input type="checkbox"/> 取次 <input type="checkbox"/> 無店舗取次店) <input type="checkbox"/> 旅館業 ( <input type="checkbox"/> ホテル・旅館 <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"/> その他の公衆浴場)	
施 設 の 名 称		
施 設 の 所 在 地		
譲渡人	住所	
	氏名	
譲受人	住所	
	氏名	
許 可 (確 認) 番 号		
許 可 (確 認) 年 月 日		
承継届出年月日 (※旅館業においては申請年月日)		

希望発行枚数		枚
交 付 方 法	<input type="checkbox"/> 来課	<input type="checkbox"/> 郵送

※郵送の場合は返信用封筒（切手付）を添付すること。

備考欄

備考欄
-----