

事業譲渡証明書

年 月 日

譲渡者 住所 〒

フリガナ
氏名

法人の場合は、所在地、法人名称及び代表者の氏名

譲受者 住所 〒

フリガナ
氏名

法人の場合は、所在地、法人名称及び代表者の氏名

上記の者の間で、以下の施設について、 年 月 日に事業の全部が譲渡されたことを証明します。

また、譲り受けた図面及び営業設備の概要に変更がないことを証明します。なお、譲渡に当たり、当該許可に付されている条件や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。

フリガナ 施設の名称	
施設の住所	〒
営業の種類	
営業許可年月日 ※許可営業の場合のみ記入	年 月 日