

事業を譲渡することを証する書類

年 月 日

静岡市保健所長 様

営業を譲渡する者

住所 []

氏名 [] 印

次のとおり営業を譲渡することを証します。

譲渡する営業	営業施設の所在地	
	営業施設の名称	
	営業の種類	
	許可の番号 確認検査の番号	
	譲渡日	年 月 日
営業を譲り受ける者	住所 (法人にあつては、その主たる事務所の所在地)	
	氏名 (法人にあつては、その名称及び代表者の氏名)	印

- 注 1 氏名欄には、営業を譲渡する者及び譲り受ける者が署名又は記名押印すること。
2 譲渡日は実際に譲渡が完了する日を記載すること。