営業の譲渡を証する書面

（旅館業）

　　　　年　　月　　日

　　　保健所長　様

　　　　　　　　　　　　（譲渡人）住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　（法人にあっては、主たる事務所の所在地、その名称及び代表者の氏名）

　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先(電話)

（譲受人）住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　（法人にあっては、主たる事務所の所在地、その名称及び代表者の氏名）

　下記の施設にかかる旅館業営業について、譲受人に譲渡することを証明します。

　また譲渡人においては、本件の旅館業営業にかかる譲渡が承認された場合、保健所に提出した下記の施設の図面等（保管されている場合に限る。）を譲受人が利用することについて同意します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 譲渡予定年月日 | 年　　　月　　 日 |
| 所在地 |  |
| 名　称 |  |
| 許可年月日 | 　　　　　　　　年　　　月　 　日 |
| 指令番号 | 　　　　　　　　第　　　　　 　号 |