

(参考様式)

営業の譲渡を証する書面

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)

下記の施設に係る営業について、下記譲受人に譲渡したことを証明します。

また、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

譲渡年月日		年 月 日
営業施設	食品営業の種類	
	所在地	
	名称、屋号 又は商号	
	許可等年月日	年 月 日
	許可等番号	第 号
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、その 名称及び代表者の氏名 〕	