

年 月 日

(宛先) 保健所長

証明者（譲渡同意者）

譲渡人氏名

譲受人氏名

事業譲渡証明書

次のとおり事業譲渡があったことを証明します。

1. 営業を譲渡した者の氏名及び住所
2. 営業を譲り受けた者の氏名及び住所
3. 営業施設の名称、所在地

備考 証明者氏名は自署または記名押印してください。