営業の譲渡が行われたことを証する書類

年　　月　　日

西条保健所長　様

（営業を譲り渡した者）

住所　※法人にあっては所在地

氏名　※法人にあっては、その名称及び代表者の氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

譲渡者は、以下の生活衛生営業許可（届出）施設について、以下の譲受者に譲渡したことを証明します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 譲渡した営業 | 施設の所在地 |  |
| 施設の名称 |  |
| 営業の種類 |  |
| 許可（検査確認）番号 | 　　第　　　　　　　　　　　号 |
| 許可（交付）年月日 | 　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 譲渡年月日 |  |
| 営業を譲り受けた者 | 氏名※法人にあっては、その名称及び代表者の氏名 | ㊞　 |
| 住所※法人にあっては所在地 |  |
| 備考 |  |  |

※譲渡年月日については実際に譲渡が完了した日を記載すること。

※営業について変更等があった場合は、別に必要な届出を提出すること。