

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 ※法人にあつては所在地

氏名 ※法人にあつては、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 ※法人にあつては、その名称及び代表者の氏名	㊞
	住所 ※法人にあつては所在地	
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。