

事業譲渡証明書

年 月 日

豊橋市保健所長 様

譲渡者 住 所

氏 名

〔 法人にあっては所在地、
名称及び代表者氏名 〕

譲受者 住 所

氏 名

〔 法人にあっては所在地、
名称及び代表者氏名 〕

下記の営業の全部を譲渡・譲受したことを証明します。

記

1 営業の種類

2 営業所名称

3 営業所所在地

4 許可（確認）年月日

5 許可（確認）番号

6 譲渡年月日