

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
〔名称及び
代表者氏名〕

譲受者 住 所

氏 名
〔名称及び
代表者氏名〕

上記の者の中で下記の営業の全部が譲渡され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 許可年月日
- 5 許可番号
- 6 譲渡年月日