|  |
| --- |
| 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  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 |