

営業の譲渡を証する書面  
(旅館業)

年 月 日

保健所長 様

(譲渡人) 住 所

氏 名

(法人にあっては、主たる事務所の所在地、その名称及び代表者の氏名)

連絡先(電話)

(譲受人) 住 所

氏 名

(法人にあっては、主たる事務所の所在地、その名称及び代表者の氏名)

下記の施設にかかる旅館業営業について、譲受人に譲渡することを証明します。  
また譲渡人においては、本件の旅館業営業にかかる譲渡が承認された場合、保健所に提出した下記の施設の図面等（保管されている場合に限る。）を譲受人が利用することについて同意します。

## 記

譲渡予定年月日	年 月 日
所在地	
名 称	
許可年月日	年 月 日
指令番号	第 号