（参考様式）

営業の譲渡を証する書面

　　　　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)

下記の施設に係る営業について、下記譲受人に譲渡したことを証明します。

また、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

|  |  |
| --- | --- |
| 譲渡年月日 | 　　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 営業施設 | 食品営業の種類 |  |
| 所在地 |  |
| 名称、屋号又は商号 |  |
| 許可等年月日 | 　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 許可等番号 | 　　　　　　第　　　　　　　　　号 |
| 譲受人 | 住　所法人にあっては、主たる事務所の所在地 |  |
| 氏　名法人にあっては、その名称及び代表者の氏名 |  |