

事業譲渡証明書

年 月 日

堺市保健所長 殿

(譲渡人) 住所 (所在地)

氏名 (名称)

(代表者氏名)

電 話 番 号

事業の譲渡について、以下のとおり証明します。

譲渡する 施設	業 種	<input type="checkbox"/> 理容所 <input type="checkbox"/> 美容所 <input type="checkbox"/> クリーニング所 <input type="checkbox"/> 無店舗取次店 <input type="checkbox"/> 興行場 <input type="checkbox"/> 旅館業 <input type="checkbox"/> 公衆浴場
	名 称	
	所在地	
	許可等年月日	年 月 日
	許可等番号	第 号
譲渡の年月日 (旅館業の場合は譲渡の予定年月日)		年 月 日
譲受人	住所 (所在地)	
	氏名 (名称) (代表者氏名)	

注意

- 1 譲渡人 (法人にあっては、その代表者) が氏名を自署しない場合は、記名押印してください。
- 2 譲渡する施設が複数ある場合は、名称、所在地、許可等年月日及び許可等番号については別紙一覧を添付することも可能とする。