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 | □理容所　□美容所　□クリーニング所　□無店舗取次店  □興行場　□旅館業　□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。