

食品営業譲渡証明書

令和 年 月 日

堺市保健所長 様

譲渡人 住 所
(法人にあつては、所在地)

氏 名
(法人にあつては、その
名称及び代表者職氏名)

※譲渡人（法人にあつては、その代表者）が自署しない場合は、記名押印をしてください。

私は、次の施設の営業について、譲受人に譲渡することを証明します。

譲受人	住 所 (法人にあつては、所在地)	
	氏 名 (法人にあつては、その 名称及び代表者の氏名)	
譲渡する 営業施設	名 称	
	所 在 地	
	営 業 の 種 類	
	許 可 年 月 日	年 月 日
	許 可 番 号	堺食衛 第 号

受付