|  |
| --- |
| 事業譲渡証明書年　　月　　日愛知県知多保健所長　殿譲渡者　住　　所氏　　名名称及び代表者氏名　譲受者　住　　所氏　　名名称及び代表者氏名　　　　　　　　　　　　上記の者の間で下記の営業の全部が譲渡されることを証明します。記１　営業の種類２　営業所名称３　営業所所在地４　許可年月日５　許可番号６　譲渡予定年月日 |

備考　用紙の大きさは、日本産業規格Ａ４とする。