|  |
| --- |
| 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。