|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業譲渡証明書  年　　月　　日  愛知県　　　　保健所長　殿   |  |  |  | | --- | --- | --- | | 譲受人 | 住所 |  | |  | 氏名 |  | | （法人にあっては、主たる事務所の所在地、名称及び代表者氏名） | | | | 譲渡人 | 住所 |  | |  | 氏名 |  | | （法人にあっては、主たる事務所の所在地、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（確認）年月日  ５　許可（確認）番号  ６　譲渡（予定）年月日 |

備考　用紙の大きさは、Ａ４とする。