|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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。