

事業譲渡証明書

年 月 日

(宛先)

寝屋川市保健所長

(譲渡者) 住 所

氏 名

(法人にあつては、名称及び代表者の氏名)

連絡先(電話)

(譲受者) 住 所

氏 名

(法人にあつては、名称及び代表者の氏名)

連絡先(電話)

以下の施設について、営業を譲渡することを証明します。

譲渡年月日 (譲渡の効力発生日)		年 月 日
譲渡する 施設	種 別	<input type="checkbox"/> 理容所 <input type="checkbox"/> 美容所 <input type="checkbox"/> クリーニング所 <input type="checkbox"/> 無店舗取次店 <input type="checkbox"/> 興行場 <input type="checkbox"/> 旅館 <input type="checkbox"/> 公衆浴場
	名 称	
	所在地	
	許可等年月日	年 月 日
	許可等番号	第 号

*譲渡する施設が複数ある場合は、名称、所在地、許可等年月日及び許可等番号については別紙一覧を添付することも可能です。