事業譲渡証明書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

（宛先）岡崎市保健所長

　　　　　　　　　　　　　　　　　（譲受人）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　（譲渡人）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　譲渡人は、食品衛生法に基づく許可等を受けている以下の施設の営業について、譲受人に譲渡することを、証明します。

|  |  |
| --- | --- |
| 譲渡年月日 | 年　　　　　月　　　　　日 |
| 営業施設 | 所在地 |  |
| 名称、屋号又は商号 | 　 |
| 許可の番号及び許可年月日 | 営業の種類 | 備考 |
| １ | 第　　　　号年 　月 　日 | 　 | 　 |
| ２ | 第　　　　号年　 月 　日 | 　 | 　 |
| ３ | 第　　　　号年　 月 　日 | 　 | 　 |

　□　譲渡人は、保健所に提出した書類（図面等）を、譲受人が提出した書類として引き続き保健所が利用することについて、承諾します。