

事業譲渡証明書

年 月 日

(宛先) 東大阪市保健所長

(譲渡者) 住 所

氏 名

〔 法人の場合は、その名称、事務所所在地
及び代表者の氏名を記入すること。 〕

電話番号

(譲受者) 住 所

氏 名

〔 法人の場合は、その名称、事務所所在地
及び代表者の氏名を記入すること。 〕

電話番号

以下の施設の事業譲渡について、証明します。

譲渡施設	種 別	<input type="checkbox"/> 旅館業 <input type="checkbox"/> 興行場 <input type="checkbox"/> 公衆浴場 <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
	名 称	
	所 在 地	
	許可（確認）年月日 及 び 番 号	年 月 日 第 号
譲渡 年月日	令和 年 月 日	