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 | □旅館業　□興行場　□公衆浴場　□理容所  □美容所　□クリーニング所　□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 | |