事業譲渡証明書

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 令和 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 譲受人 | 住　所 |  |
| 氏　名 |  |
| （法人にあっては、その名称、所在地及び代表者の氏名） |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 譲渡人 | 住　所 |  |
| 氏　名 |  |
| （法人にあっては、その名称、所在地及び代表者の氏名） |

　福島県相双保健所長から営業許可又は検査確認を受け、譲渡人が営業している下記施設における営業を、譲受人に譲渡することを証明します。

記

１　施設名称

|  |
| --- |
|  |

２　施設所在地

|  |
| --- |
|  |

３　業種

|  |
| --- |
|  |

４　事業譲渡（予定）年月日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 令和 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |