事業譲渡に係る証明書

参考様式

　　　　年　　月　　日

八尾市保健所長　様

（譲渡者）住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

連絡先(電話)

　　　　　　　　　　　　　（譲受者）住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

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

　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先(電話)

　以下の施設の営業について、譲渡者から譲受者に譲渡したことを証明します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 譲渡した営業  施設 | 種　別 | □理容所 □美容所　 □クリーニング所  □無店舗取次店 □興行場 □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 |
| 譲渡した年月日 |  | |