

## 譲渡証明書

年 月 日

大阪市保健所長

(譲渡人) 住 所

氏 名

(法人にあつては、名称及び代表者の氏名)

連絡先(電話)

(譲受人) 住 所

氏 名

(法人にあつては、名称及び代表者の氏名)

連絡先(電話)

次の施設について、譲渡人から譲受人に譲渡したことを証明します。

譲渡した営業施設	所在地	
	名 称	
	営業の種類	
	指令番号	大保環第 号
	確認年月日	年 月 日
譲渡年月日	年 月 日	