譲渡証明書

　　　　年　　月　　日

　大 阪 市 保 健 所 長

　　　　　　　　　　　　（譲渡人）住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名

（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先(電話)

（譲受人）住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名

（法人にあっては、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（無店舗取次店は記載不要） | 　　　　　　大保環第　　　　　　　号 |
| 確認年月日（無店舗取次店は記載不要） | 　　　　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 譲渡年月日 | 　　　　　　　年　　　　　月　　　　日 |