

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 （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	