

営業の譲渡を証する書類

年 月 日

下関市立下関保健所長 様

(譲渡人) 住所

氏名

印

電話番号 ()

下記のとおり営業を譲渡したことを証します。

記

譲渡する営業	施設の所在地	
	施設の名称、屋号 又は商号	
	業 種	
	許可の番号及び 許可年月日	
譲受人	住所・法人所在地	
	氏名・法人名	
譲渡年月日		

(注)譲渡人（個人に限る。）の氏名を自署したときは、押印不要。