

食品営業許可・営業届出の営業譲渡に係る証明書

令和 年 月 日

(宛先) 高槻市保健所長

(譲渡者) 住 所

氏 名

〔 法人にあつては、主たる事務所の所在地、  
その名称及び代表者の氏名 〕

電 話

(譲受者) 住 所

氏 名

〔 法人にあつては、主たる事務所の所在地、  
その名称及び代表者の氏名 〕

電 話

食品衛生法に基づき許可を受けている又は届出をしている、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	名 称	
	所在地	
	営業の種類	
	許可の番号※	第 号
	許可年月日※	年 月 日
譲渡年月日	令和 年 月 日	

※ 営業届出施設は記載不要です。