

事業譲渡証明書

令和 年 月 日

(宛先) 高槻市保健所長

(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

(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

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	所在地	
	名称	
	種別	<input type="checkbox"/> 理容所 <input type="checkbox"/> 美容所 <input type="checkbox"/> クリーニング所 <input type="checkbox"/> 無店舗取次店 <input type="checkbox"/> 興行場 <input type="checkbox"/> 公衆浴場
	許可又は確認番号	第 号
	許可又は確認年月日	令和 年 月 日
譲渡した 年月日	令和 年 月 日	