

事業譲渡証明書

令和 年 月 日

(宛先) 高槻市保健所長

(譲渡人) 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

以下の施設について、以下の譲受者に事業を譲渡したことを証明します。

譲渡した 施設	所在地	
	名称	
	種別	
	許可又は確認番号	第 号
	許可又は確認年月日	年 月 日
譲受者	住 所 〔法人にあつては、主たる 事務所の所在地〕	
	氏 名 〔法人にあつては、その名 称及び代表者の氏名〕	