営業譲渡証明書

年　　月　　日

大分市保健所長　殿

（譲渡者）住所

（法人にあっては、本社又は主たる事務所の所在地）

氏名

（法人にあっては、法人名称及び代表者氏名）

譲渡者は、食品衛生法に基づく許可を受けている以下の施設の営業について、以下の譲受者に譲渡したことを証明します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 譲受者 | 住所（法人にあっては、本社又は主たる事務所の所在地） |  |
| 氏名（法人にあっては、法人名称及び代表者氏名） |  |
| 譲渡した営業 | 営業所所在地 |  |
| 営業所名称 |  |
| 営業の種類 |  |
| 許可番号 |  |
| 許可年月日 |  |
| 譲渡年月日 |  |

（注意事項）

※譲渡人（法人にあっては、その代表者）が自署しない場合は、記名押印をしてください。