

# 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 <small>(法人にあっては、本社又は主たる事務所の所在地)</small>	
	氏名 <small>(法人にあっては、法人名称及び代表者氏名)</small>	
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。