

(参考様式)

事業譲渡証明書

年 月 日

富山市保健所長 様

住所又は法人所在地

譲渡した者
(譲渡人)

氏名又は法人名及び代表者名

電話

下記の営業の全部を譲渡したことを証明します。

地位を 承継する者 (譲受人)	住所又は 法人所在地																				
	氏名又は 法人名及び 代表者名																				
	法人番号	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																			
営業施設 情報	施設所在地																				
	施設名称																				
	営業の種類																				
	許可番号 (確認番号)																				
	許可年月日 (確認年月日)																				
譲 渡 年 月 日		年 月 日																			

※これまでの営業において構造設備等の変更がある場合は、事業譲渡の届出を行う
まえに、譲渡人が変更届を提出してください。

※営業が譲渡された後に、申請事項（施設名称等）を変更する場合は、事業譲渡の
届出時に、譲受人が変更届を提出してください。