**事業譲渡証明書**

年　　月　　日

久留米市保健所長　殿

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 譲渡者 | 住所 | 〒 | |
|  | |
|  | 氏名 |  | 印 |
|  |  | 法人の場合は、その名称、所在地及び代表者の氏名 | |
| 譲受者 | 住所 | 〒 | |
|  | |
|  | 氏名 |  | 印 |

法人の場合は、その名称、所在地及び代表者の氏名

上記の者の間で、以下の施設について、事業の全部が譲渡されたことを証明します。

|  |  |
| --- | --- |
| 施設の名称 |  |
| 施設の所在地 | 〒 |
| 営業の種類 |  |
| 許可・確認年月日  及び番号 | 年　　　月　　　日　　　　　　　第　　　　　号 |
| 譲渡の事実があった日 | 年　　　　月　　　　日 |