

# 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