

事業譲渡証明書

令和 年 月 日

尼崎市保健所長

(譲渡者) 住所 (法人の場合は、主たる事務所の所在地)

氏名 (法人の場合は、名称及び代表者氏名) ※署名又は記名押印

食品衛生法 (第 57 条第 1 項) の規定に基づき届出している以下の施設の営業について、以下の譲受者に譲渡することを証明します。

また、譲受者が本件事業譲渡に伴う営業届を提出するに際し、保健所に保管されている以下の営業施設の図面等を利用することを認めます。

譲 受 者	住所 (法人の場合は、主たる事務所の所在地)	
	氏名 (法人の場合は、名称及び代表者氏名)	
譲 渡 す る 営 業	施設の所在地	尼崎市
	施設の名称、屋号 又は商号	
	営業の形態	
	1	
	2	
	3	
	4	
5		
譲渡年月日		年 月 日

(注意事項)
※契約書の写し等により営業の譲渡が行われたことが確認できる書類を添付する場合は、本様式の記載は省略することができます。