

事業譲渡証明書

令和 年 月 日

譲受人 住 所

氏 名

(法人にあつては、その名称、所在地及び代表者の氏名)

譲渡人 住 所

氏 名

(法人にあつては、その名称、所在地及び代表者の氏名)

福島県相双保健所長から営業許可又は検査確認を受け、譲渡人が営業している下記施設における営業を、譲受人に譲渡することを証明します。

記

1 施設名称

2 施設所在地

3 業種

4 事業譲渡（予定）年月日

令和 年 月 日
