

## 事業譲渡を証明する書面

年 月 日

茨城県筑西保健所長 殿

営業所の所在地 \_\_\_\_\_

営業所の名称、屋号又は商号 \_\_\_\_\_

営業の種類 \_\_\_\_\_

許可指令番号 \_\_\_\_\_

譲渡日 \_\_\_\_\_

上記営業許可を譲渡することに同意します。

### 譲り渡す者

記載日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印\*

連絡先 \_\_\_\_\_

### 譲り受ける者

記載日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印\*

連絡先 \_\_\_\_\_

※ 自署の場合は、押印を省略することができます。