

営業の譲渡を証する書類

年 月 日

(宛先)

大津市保健所長

【譲受人】

氏名

住所

連絡先

(法人にあつては名称、代表者名、主たる事務所の所在地)

【譲渡人】

氏名

住所

連絡先

(法人にあつては名称、代表者名、主たる事務所の所在地)

次の営業について、営業者の地位を承継した（承継する）ことを証するとともに、以下内容について誓約します。

- 譲渡人は、譲受人が本件営業施設の承継の手続きをするに際し、保健所に保管されている営業施設の平面図、配置図、構造設備の概要等を利用することに同意します。
- 譲受人は、保健所の助言・指導に基づき、変更等必要な手続きを遅延なく行います。

営業施設名称	
営業施設所在地	
業種	
許可（確認）番号	
譲渡の事実が発生した（する）日	