

# 営業譲渡証明書

年 月 日

神戸市長 様  
 神戸市保健所長 様

(譲受者) 住 所

(法人にあつては、主たる事務所の所在地)

氏 名

(法人にあつては、その名称及び代表者の氏名)

連絡先 (電話)

(譲渡者) 住 所

(法人にあつては、主たる事務所の所在地)

氏 名

(法人にあつては、その名称及び代表者の氏名)

連絡先 (電話)

以下の施設について、      年       月       日に譲受者に譲渡されたことを証明します。

譲渡した 施設	種 別	(記載例) 食品衛生法に基づく飲食店営業、理容師法に基づく理容の業
	名 称	
	所在地	
	許可等年月日	年 月 日
	許可等番号	第 号