

参考様式

## 営業の譲渡を証する書類

令和      年      月      日

(宛先)

滋賀県      保健所長

【譲受人】

氏名

住所

連絡先

(法人にあっては名称、代表者名、主たる事務所の所在地)

【譲渡人】

氏名

住所

連絡先

(法人にあっては名称、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 |  |