参考様式

営業の譲渡を証する書類

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 |  |