|  |
| --- |
| 事業譲渡証明書年　　月　　日豊橋市保健所長　様譲渡者　住　　所氏　　名名称及び代表者氏名　譲受者　住　　所氏　　名名称及び代表者氏名　　　　　　　　　　　　上記の者の間で下記の営業の全部が譲渡されたことを証明します。　　　　　　　　　　　　　　　　　　 記１　営業の種類２　営業所名称３　営業所所在地４　許可年月日５　許可番号６　譲渡年月日 |