

営業譲渡証明書

年 月 日

(宛先)
枚方市保健所長

(譲渡人)
住 所

氏 名

(法人にあつては、主たる事務所の所在地、名称、及び代表者の氏名)

連絡先

下記の施設について、営業を譲受人に譲渡することを証します。

記

譲渡施設	種 別	<input type="checkbox"/> 理容所 <input type="checkbox"/> 美容所 <input type="checkbox"/> クリーニング所 <input type="checkbox"/> 無店舗取次店 <input type="checkbox"/> 旅館 <input type="checkbox"/> 公衆浴場 <input type="checkbox"/> 興行場
	名 称	
	所在地	
	許可（確認）年月日	年 月 日
	許可（確認）番号	第 号
譲受人	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、名称、及び代表者の氏名)

確 認 書

私（譲受人）は、営業の譲渡を受けることにより、譲渡人から許可（又は届出）営業者の地位を承継するにあたって、下記の事項について確認しました。

- 譲受人は、地位承継により、許可（又は届出）営業者の権利とともに義務（責任）を負うこと。
人本来、譲渡前に必要な手続きがされていなかったことが譲渡後に判明した場合、譲渡人に代わって、地位を承継した譲受人が必要な手続きを行う必要があること。
- 譲渡時に、譲渡者が現に受けている回収命令や営業停止等の行政処分に関して、譲渡後は、許可営業者の地位を承継した譲受人が、引き続き当該処分の効力を受けること。

(譲受人) 氏 名