　　　　年　　月　　日

奈良県郡山保健所長　殿

　　　　　　　　　　（譲渡人）住　所

　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

（法人の場合は、名称及び代表者の氏名）

（譲受人）住　所

　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

（法人の場合は、名称及び代表者の氏名）

次の施設について、譲渡したことを証明します。

|  |  |
| --- | --- |
| 業種 |  |
| 施設名称 |  |
| 施設所在地 |  |
| 譲渡年月日 | 年　　　　　月　　　　日 |