

(参考様式)

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