営業譲渡に係る同意書

年　　　月　　　日

(宛先)

　埼玉県知事

埼玉県　　　　保健所長

　　　　　　　　　　　　　　　　 既存の営業者

住所又は主たる

事務所の所在地

氏名又は名称及び

代表者氏名

私は、下記1の者に下記２の営業を譲渡することに同意します。

記

１　譲渡を受ける者

　　　住所又は主たる

　事務所の所在地

　氏名又は名称及び

　代表者氏名

２　譲渡する営業

　　　名　称

　　　所在地

　　　業　種

　　　営業許可・確認番号

　　　許可・確認年月日

　　　(営業施設符号）