

コインランドリー事業譲渡証明書

年 月 日

広島市保健所長 殿

譲渡者 住所 〒

氏名 _____
法人の場合は、その名称、所在地及び代表者の氏名
電話番号 _____
事業譲渡についての確認のために連絡する場合があります。
譲受者 住所 〒

氏名 _____
法人の場合は、その名称、所在地及び代表者の氏名

上記の者の間で、以下の施設について、____年 月 日 に事業の全部が譲渡されたことを証明します。

施設 の 名 称	
施設 の 住 所	〒 広島市 区