

事業譲渡事実報告書

年 月 日

岡山市保健所長 様

(譲渡者) 住 所 (法人にあつては、所在地)

氏 名 (法人にあつては、その名称及び代表者の氏名)

(譲受者) 住 所 (法人にあつては、所在地)

氏 名 (法人にあつては、その名称及び代表者の氏名)

下記の営業について、譲渡が行われる予定であることを報告します。

記

営業施設	業種 許可の種別	旅館業法 旅館・ホテル営業／簡易宿所営業／下宿営業
	許可番号 許可年月日	
	名称	
	施設の所在地	
譲渡予定日	年 月 日	

※譲渡者、譲受者の氏名については、自署もしくは記名押印とする。