

証明願

令和 年 月 日

(宛先)
埼玉県 _____ 保健所長

営業者住所 _____

営業者氏名 _____

下記のとおり許可を受けていることを証明願います。

記

1 営業所在地 _____

2 営業所名称 _____

3 許可番号及び 指令 保第 号
許可年月日 令和 年 月 日

4 営業施設符号 _____ . .

5 業 種 _____

6 許可有効期間 令和 年 月 日から令和 年 月 日

7 許可の条件 _____

----- 以上証明願文 -----

保第 号

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

埼玉県 保健所長