

(伺) 下記について証明する			料金収納済印	収 受 印
課 長	係 長	係 員		
起案 年 月 日 決裁 年 月 日 交付 年 月 日 番号 - 号	公印承認			

証 明 願

年 月 日

保健所長あて

申請者

住 所

氏 名

次の理由により下記について証明願います。

【 目 的 】 _____

【 提 出 先 】 _____

【 必 要 枚 数 】 _____ 枚

記

施設の名称		
所在地		
許可または 届出	根拠法令	
	氏 名	
	年 月 日	
	番 号	
	業 種	
	備 考	

