

(参考様式)

証 明 願

年 月 日

岡山市保健所長 様

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)

生年月日 (個人の場合のみ)

代理者

下記の事項について証明願います。

記

- 1 施 設 名 称
- 2 所 在 地
- 3 営 業 者 氏 名
- 4 許 可 (確 認) 年 月 日
- 5 許 可 (確 認) 番 号
- 6 業 種 種 別
- 7 備 考

※請求者については自署または記名押印してください。