証 明 願

　　　年　　　月　　　日

船橋市保健所長　あて

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 住所 |  | |
| 氏名 |  |  |
| 法人にあっては、その名称、所在地  及び代表者の氏名 | | |
| 電話番号 |  | |

　次のとおり証明書の交付をお願いします。

１　必要とする事由

　許可（確認）書を（汚損 き損 亡失）したため

　地位の承継に伴い営業（開設）者が変わったため

　その他（具体的内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

２　種別

　興行場　　旅館業　　公衆浴場業　　理容所　　美容所

　クリーニング所　　　　その他（ ）

３　施設の名称、所在地等

名　称

所在地

許可（確認）年月日及び番号　　　　年　　　月　　　日　　第　　　　　号

４　必要な証明内容

　現在の許可（確認）内容

　地位の承継届に関する内容

　その他（具体的内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

証明書の受取方法　□レターパックで郵送　　　　　□窓口で受取

番号控え：　　　　　　　　　　受取日：　　　　　署名：

\*郵送をご希望の方は事前にレターパックをご用意ください