

証 明 願

年 月 日

船橋市保健所長 あて

住 所

氏 名

年 月 日生

次の理由により、下記の施設について食品衛生法に基づく食品営業の許可を受けていることを証明願います。

使用目的：

必要枚数：

記

1 営業の種類

2 営業所の名称

屋号 又は 商号

3 営業所所在地

4 許可年月日

5 許可番号

6 許可の有効期間 年 月 日から

年 月 日まで

7 許可の条件