

証明願

年 月 日

船橋市保健所長 あて

住所

氏名

〔 法人にあつては、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