

# 証 明 願

年 月 日

船橋市保健所長 あて

住 所

氏 名

㊟

電話番号

法人にあつては、その名称、主たる  
事務所の所在地及び代表者の氏名

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

- 理容所 美容所 クリーニング所 興行場 旅館業 浴場業
- 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： \_\_\_\_\_）