

証明願

平成 年 月 日

(宛先)
大津市保健所長

住所
申請者
氏名

私（当社）が許可を取得している下記施設について、次のとおり証明をお願いします。

記

| | | |
|---------------|------------|-------|
| 営業者 | ふりがな 氏名 | |
| | 住所 | 〒 |
| ふりがな 施設の名称 | | |
| 施設の所在地 | | 〒 |
| 営業の種類 | | |
| 許可年月日 | | 年 月 日 |
| 許可番号 | | 第 号 |
| 備考 | | |