様式第12号

**食品等営業届出証明願**

年　　　月　　　日

（あて先）

大津市保健所長

（申請者）

住　　所

　　　　　　　　　連絡先（　　　　　－　　　　　－　　　　　　　）

氏　　名

法人にあっては、主たる事務所の所在地

並びに名称及び代表者の氏名

　私が営業している下記施設について、食品衛生法（昭和２２年法律第２３３号）第57条第１項に規定する営業届出を受けていることを証明願います。

|  |  |
| --- | --- |
| 営業所の所在地 |  |
| 営業所の名称 |  |
| 施設番号  及び  営業の形態 |  |
| 備　　考 |  |