

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

(法人にあつては、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	