

# 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		