|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 課長 | 主査 | 担当者 | 公印管理 | 料金収納印 | 受領印 | 手数料 |
|  |  |  |  |  |  | 円  （４００円/枚） |

証明願

　　　年　　　月　　　日

八王子市保健所長　殿

申請者住所

申請者氏名

　　　　（法人の場合はその名称、主たる事務所の所在地及び代表者の氏名）

次の理由により、下記について証明願います。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 目的 |  | | |
| 提出先 |  | 交付枚数 | 枚 |

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 施設の名称 | |  |
| 営業所所在地 | | 東京都八王子市 |
| 許可  確認  届出  廃業  その他  （　　　　　　　） | 根拠法令 | 食品衛生法 |
| 氏名 |  |
| 営業許可期間 |  |
| 番号 | 第　　　　　　　号 |
| 業種 |  |
|  |  |

証明番号　　　八保衛証第　　　　　号

　　　年　　　月　　　日