

証明願

令和
平成

年 月 日

静岡県中部保健所長 様

住所:

(法人の場合、その所在地)

氏名:

(法人の場合、その名称・代表者氏名)

電話:

年 月 日生

私は、下記のとおり食品衛生法第52条の規定による営業許可を受けていることを証明
願います。

記

- 1 営業者住所
- 2 営業者氏名
- 3 営業所の所在地
- 4 営業所の名称・屋号又は商号
- 5 営業の種類
- 6 許可年月日
(当初許可年月日)
- 7 許可番号
- 8 許可期限

上記のとおり相違ないことを証明する。

平成 年 月 日

静岡県中部保健所長