

令和 年 月 日

静岡県西部保健所長 様

住 所:

氏 名:

証 明 願

下記のとおり食品衛生法第 55 条第1項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 | 令和 年 月 日 |
| 7 許 可 番 号 | 第 号 |
| 8 許 可 期 限 | 令和 年 月 末日 |

上記のとおり相違ないことを証明する。

令和 年 月 日

静岡県西部保健所長