

食品営業 許可・廃業 証明願

令和 年 月 日

千葉県市川保健所長 様

住所

氏名

(法人にあつては、名称・主たる事業所の所在地及び代表者氏名)

次の理由により証明を必要としますので、証明願います。

記

1 営業の種類

2 営業所の名称

屋号又は商号

3 営業所所在地

4 許可番号 第 一 号

5 許可の有効期限 令和 年 月 日 から  
令和 年 月 日 まで

6 廃業届出年月日 令和 年 月 日

7 必要理由