

食 品 営 業 許 可 証 明 願

年 月 日

千葉県印旛保健所長 様

住 所

氏 名

〔 法人にあつては、名称、主たる事務所の所在地
及び代表者の氏名 〕

食品衛生法に基づき、次のとおり許可を受けていることを証明願います。

営業所所在地				
営業所の名称				
営業の種類		許 可 番 号	許 可 年 月 日	許可の有効期限
1		第 ー 号	年 月 日	年 月 日
2		第 ー 号	年 月 日	年 月 日
3		第 ー 号	年 月 日	年 月 日
4		第 ー 号	年 月 日	年 月 日
5		第 ー 号	年 月 日	年 月 日
許 可 の 条 件				

証明が必要な理由

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

千葉県印旛保健所長