

食品営業許可証明願

令和 年 月 日

千葉県習志野保健所長 様

住所

氏名

〔法人にあつては、法人の名称、主たる事務所の所在地
及び代表者の役職・氏名〕

下記の食品営業許可について、証明願います。

記

- 1 営業所所在地
- 2 営業所の名称、屋号又は商号
- 3 営業の種類等

	営業の種類	許可番号及び 許可年月日	許可の有効期限 (又は廃業届出年月日)	備考 (許可条件等)
1		第 - 号 年 月 日	(年 月 日 年 月 日)	
2		第 - 号 年 月 日	(年 月 日 年 月 日)	
3		第 - 号 年 月 日	(年 月 日 年 月 日)	
4		第 - 号 年 月 日	(年 月 日 年 月 日)	
5		第 - 号 年 月 日	(年 月 日 年 月 日)	

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

千葉県習志野保健所長