

食品営業届出証明願

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〕

下記の食品営業届出について、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 | 届出年月日 | (廃業の場合) 廃業届出年月日 | 備考 |
|---|-------|-------|--------------------|----|
| 1 | | 年 月 日 | 年 月 日 | |
| 2 | | 年 月 日 | 年 月 日 | |
| 3 | | 年 月 日 | 年 月 日 | |
| 4 | | 年 月 日 | 年 月 日 | |
| 5 | | 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