

【共通様式1】

証 明 願

年 月 日

保健福祉事務所長 様

申請者 住 所

(営業者)

氏 名

下記事項について、証明くださいますようお願いいたします。

記

証 明 事 項	1 営業証明 2 食品衛生監視票 3 廃業証明 4		
使 用 目 的		必 要 部 数	枚
1 営 業 者	住 所		
	氏 名		
2 営 業 所	所在地		
	名 称 (屋 号)		
3 業 種			
4 営業許可等	番 号	第 号	
	年 月 日	年 月 日	
備 考			

佐賀県収入証紙(350円)