

証 明 願

平成 年 月 日

大阪市保健所長

住 所 (法人の場合は事務所の所在地)
〒 -

氏 名 (法人の場合は名称・代表者氏名)

印

次のとおり _____ を証明願います。

1 設置者等	住 所	
	氏 名	
2 建築物所在地	大阪市	区
3 建築物名称		
4 証明を必要とする理由		

上記のとおり相違ないことを証明します。

大大保 第 号
平成 年 月 日

大 阪 市 長