

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