

証 明 願

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)

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 年 月 日

大阪市保健所長

※ 提出部数 2部 (正・副)

(以下 保健所記入欄)							
上記証明願があり、台帳と照合したところ相違がないので証明します。							
受理年月日				年 月 日			
起案	決裁		完結	取扱責任者		文書主任	
決裁	所長	主幹	副主幹	係長	担当者	受付者	
							所長印 専用 通 簡所