

証 明 願

年 月 日

大 阪 市 保 健 所 長

願出者住所（法人の場合は事務所の所在地）

〒 -

願出者氏名（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 営業者等 (開設者・届出者)	住 所	
	氏 名	
2 営業所所在地	大阪市 区	
3 施設名称		
4 証明を必要とする理由		
<p>上記のとおり相違ないことを証明します。</p> <p style="text-align: right;">大大保 第 年 月 号 日</p> <p style="text-align: center;">大 阪 市 保 健 所 長</p>		

※ 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	担当者		受付者	取扱責任者	文書主任
決裁	所長	主幹	副主幹	係長					
									所長印 専用 通 簡所