

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		

上記のとおり相違ないことを証明します。

大 大 保 第 年 月 号 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。										
起案					受理年月日					年 月 日
決裁	所長	主幹	副主幹	係長	担当者	受付者	完結	取扱責任者	文書主任	
									所長印 専用 通 簡所	