

大 阪 市 保 健 所 長

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。

(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	