

証 明 願

年 月 日

品川区保健所長 様

申請者住所

氏名

次の理由により下記について証明願います。

目 的	
提 出 先	
必 要 枚 数	

記

施 設 の 名 称	
営 業 所 所 在 地	
申 請 者 住 所	
根 拠 法 令	食品衛生法
氏 名	
代 表 者 氏 名	
業 種	
証 明 事 項	許 可 ・ 届 出 ・ 廃 業 ・ その他
備 考	