

# 食品営業許可証明願

年 月 日

吾妻保健所長様

住 所

氏 名

電話番号 ( )

法人にあっては、主たる事務所の所在地、  
名称及び代表者氏名

下記の営業所が、食品営業許可を受けていることを証明してください。

記

- 1 営業所所在地
- 2 営業所の名称
- 3 営業の種類
- 4 そ の 他