

証明原頁

(宛先) 下関市立下関保健所長

令和 年 月 日

下記の件について、証明願います。

営業施設	(営業許可) 指令番号 第 号	営業の種類
	施設の所在地	
	施設の名称、屋号又は商号	
営業者	住所	
	氏名	
必要な内容の件数を記入してください。	件	営業許可証明
	件	営業許可申請書受理証明
	件	営業許可廃止・変更届受理証明
	件	設計図面確認証明
	件	営業届受理証明
	件	営業届【廃止・変更】受理証明
	件	食品衛生責任者登録証明
	件	その他 ()