年　　月　　日

千葉県海匝保健所長　様

住所

氏名

（法人にあっては、所在地、

名称及び代表者の氏名）

営業に関する証明願い

下記のとおり食品衛生法（旧第５２条・第５５条）の規定により許可を　　　得ていることを証明願います。

１　許可番号　　　　　　　　　　　第　　　　　－　　　　　号

２　営業者住所

３　営業者氏名

４　営業の所在地

５　営業の種類

６　営業所の名称、屋号又は商号

７　許可の有効期間　　　　　　　　　年　　　月　　　日から

　　　　　　　　　年　　　月　　　日まで

８　備考（許可の条件）