

食品営業 許可・廃業 証明願

年 月 日

君津保健所長 様

住所

氏名

〔 法人にあつては、その名称、事務所の
所在地及び代表者の氏名 〕

次の理由により証明を必要としますので、証明願います。

記

1 営業の種類

2 営業所の名称
屋号又は商号

3 営業所所在地

4 許可番号 第 一 号

5 許可の有効期限 年 月 日 から
年 月 日 まで

6 廃業届出年月日 年 月 日

7 必要理由