食品営業　許可・廃業　証明願

令和　　年　　月　　日

千葉県市川保健所長　様

住所

氏名

（法人にあっては、名称・主たる事業所の所在地及び代表者氏名）

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　　　－　　　　号

５　許可の有効期限　　令和　　　年　　　月　　　日　　から

　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日　　まで

６　廃業届出年月日　　令和　　　年　　　月　　　日

７　必要理由