

証 明 す る			料金収納済印	収 受 印
課 長	係 長	係 員		

## 証 明 願

年 月 日

墨田区保健所長 あて

住 所 \_\_\_\_\_  
申請者 氏 名 \_\_\_\_\_

次の理由により下記について証明願います。

【目 的】 \_\_\_\_\_

【提出先】 \_\_\_\_\_

【必要枚数】 \_\_\_\_\_ 枚

### 記

施設等の名称 免許等の種類			
所 在 地 住所または本籍地	東京都墨田区	丁目	番 号
届 出	根拠法令	あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゆう師等に関する法律	
	氏 名		
	年 月 日	年	月 日
	番 号	墨福衛生医第	号
	業種・科目等	施術所（あはき）	
（備考）			
開設日：	年	月	日