

下記について証明する。			料金収納済印	収 受 印
課長	係長	係員		

証 明 願

墨田区保健所長 あて

令和 年 月 日

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	
交 付 枚 数	枚

記

施設 の 名称 免許 の 種類			
所 在 地 住所又は本籍地	東京都墨田区	丁目	番 号
許可、免許、 認可、確認、 届出	根拠法令		
	氏 名		
	年 月 日	年	月 日
	番 号	墨福衛生	第 号
	業種、科目		