

証 明 願

年 月 日

(あて先) 富山市保健所長

住所

営業者 氏名

連絡先

下記事項について証明願います。

1	屋 号				
2	営業者氏名				
3	営業所の所在地				
4	営業の種類	許 可 番 号	許 可 年 月 日	有 効 年 月 日	廃 業 年 月 日
		第 号	年 月 日	年 月 日	年 月 日
		第 号	年 月 日	年 月 日	年 月 日
		第 号	年 月 日	年 月 日	年 月 日
		第 号	年 月 日	年 月 日	年 月 日
		第 号	年 月 日	年 月 日	年 月 日