**証　　　明　　　願**

令和　　年　　月　　日

（あて先）富山市保健所長

届出者　住所

氏名

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 |
|  |  | 第号 | 　年月日 | 　年月日 | 　年月日 |