

年 月 日

## 証 明 願

江 東 区 保 健 所 長 殿

住所

申請者

氏名

印

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
名 称		業 種	
所 在 地			
証 明 事 項	許 可 ・ 免 許 ・ 届 出 ・ 登 録 ・ 廃 止		

江健生 第 号	年 月 日
(収入印)	