

年 月 日

江東区保健所長 殿

証 明 願

申請者住所

申請者氏名

次の理由により、下記について証明願います。

記

目 的	
提 出 先	
必 要 枚 数	枚
名 称	
業 種	
所 在 地	東京都江東区
証 明 事 項	許 可 ・ 確 認 ・ 届 出 ・ 廃 業
備 考	

料金収納済印	收受印

(保健所確認欄) 本人確認書類
<input type="checkbox"/> 個人番号カード
<input type="checkbox"/> 運転免許証・運転経歴証明書
<input type="checkbox"/> 旅券
<input type="checkbox"/> その他 ( )