

# 証 明 願

江東区保健所長 殿

年 月 日

申請者住所 \_\_\_\_\_

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     |                 |
| 屋 号         |                 |
| 業 種         |                 |
| 営 業 所 所 在 地 |                 |
| 証 明 事 項     | 許 可 ・ 届 出 ・ 廃 業 |
| 備 考         |                 |

| 料金収納済印 | 收受印 |
|--------|-----|
|        |     |