第７号様式（第７の１の(７)、第７の２の(８)、第７の３の(８)、第７の４の(８)関係）営業許可証明願

　　年　　月　　日

　　　　保健所長　あて

（法人、団体については、主たる事務所の所在地）

住所：

（法人、団体については、名称及び代表者職氏名）

氏名：

下記のことについて証明願います。

|  |  |
| --- | --- |
| 業種 |  |
| 住所 |  |
| 営業所所在地 |  |
| 屋号 |  |
| 営業者氏名 |  |
| 許可・届出番号 |  |
| 有効期間・  届出年月日 |  |
| 過去５年以内の行政処分の有無 | 無　・　有　　（「有」の場合、期間と処分内容を記載） |

営業許可証明書

番　　号

上記証明願の内容に相違ないことを証明する。

　　　　　　　　年　　　月　　　日

保健所長

（規格Ａ４版）※必要事項が記載されていれば、この様式によらない。