

| | | | | | | | | | | | |
|--------------------|----|-----|----|------|------|----|----|----|------|--------|-----|
| 所長 | 参事 | 副参事 | 課長 | 課長補佐 | 文書審査 | 係長 | 担当 | 公印 | 起案日 | 保存期間 | 決裁日 |
| | | | | | | | | | 分類番号 | 公開・非公開 | 施行日 |
| 伺) 別紙のとおり証明してよろしいか | | | | | | | | | | | |

証明願

下記のことについて、高松市保健所の証明書交付をお願いします。

記

(理由) : 1 警察署へ提出するため
2 金融機関へ提出するため
3 旅行者へ提出するため
4 その他()

(内容) : 1 営業許可済の証明
2 営業許可申請中の証明
3 食品衛生監視票 (採点票)
4 その他()

営業施設の所在地

営業施設の名称

対象業種及び交付枚数

| No. | 対象業種 | 交付枚数 |
|-----|------|------|
| 1 | | 通 |
| 2 | | 通 |
| 3 | | 通 |

令和 年 月 日

(あて先) 高松市保健所長

申請者住所

(法人にあつては、主たる
事務所の所在地)

申請者氏名

(法人にあつては、その名
称及び代表者の氏名)

代理人氏名

(署名代理又は記名代理による場合は、代理
人の氏名及び業者と代理人との関係)