

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 高松市桜町1-10-27

営業施設の名称 SAKURAMACHI Cafe

対象業種及び交付枚数

No.	対象業種	交付枚数
1	飲食店営業	1通
2		通
3		通

令和〇〇年△△月□□日

(あて先) 高松市保健所長

申請者住所 高松市桜町1-10-27
(法人にあっては、主たる
事務所の所在地)

申請者氏名 高松 一郎
(法人にあっては、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)