様式第４号（第３条関係）

**年　　月　　日**

**青森市保健所長　様**

**住　所**

**氏　名**

**証　　明　　願**

**下記事項に相違ないことを証明願います。**

記

**１　営業施設種別**

**２　営業施設名称**

**３　営業施設所在地**

**４　営業者住所**

**５　営業者氏名**

**６　許可（交付）年月日**

**７　指令番号、確認済証番号　　　　　　第　　　　号**