

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

注1 氏名を本人が自署しない場合は、記名押印すること。  
2 用紙の大きさは、日本産業規格A4縦長とする。