

営業廃止（休止）証明願

年 月 日

徳島県東部保健福祉局長 殿

住 所

氏 名

次のとおり、私が取得していた営業許可が廃止（休止）されていることの証明をお願いします。

1 営業所所在地

2 営業所の名称、屋号又は商号

3 営業の種類

4 許可年月日 年 月 日

許可番号 徳島県指令東保第 号

5 廃止（休止）の年月日 年 月 日

上記のとおり相違ありません。

年 月 日

徳島県東部保健福祉局長