

営業休止（廃止）届証明願

年 月 日

徳島県阿南保健所長 殿

住 所

氏 名

次のとおり、営業休止（廃止）届が提出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 第 号
- 5 廃業の年月日 年 月 日
- 6 廃業の理由
- 7 廃業届年月日 年 月 日
- 8 証明が必要となった理由

上記のとおり相違ありません。

年 月 日

徳島県阿南保健所長