

年 月 日

徳島県美波保健所長 殿

住 所（法人の場合は、主たる事務所の所在地）

氏 名（法人の場合はその名称及び代表者氏名）

担当者氏名

担当者連絡先

営業許可証明書交付願

食品衛生法（昭和 22 年法律第 233 号）第 55 条第 1 項の規定に基づき、次のとおり許可されていることの証明をお願いします。

- 1 営業の種類
- 2 営業所の名称、屋号又は商号
- 3 営業所所在地
- 4 許可番号及び許可年月日

徳島県指令 第 号 年 月 日

- 5 その他

確認済	
-----	--