

調査日： / () *周辺地図添付

申請料：@ 350円 × 部 = 円

施設 No.	
HACCP	A ・ B
受付者	

第15号様式

年 月 日

(あて先) 浜松市保健所長

住所 (所在地)

申請者

電話番号

—

—

氏名 (名称及び代表者氏名)

証 明 願

次の事項について証明願います。

証明内容	
<input type="checkbox"/> 営業許可申請書受付 <input type="checkbox"/> 営業許可 <input type="checkbox"/> 廃業届受付 <input checked="" type="checkbox"/> 食品衛生監視票証明 <input type="checkbox"/> その他	
対象施設	
営業所在地	
営業者氏名 (名称及び 代表者氏名)	
屋 号	
営業の種類	
証明書発行の目的・提出先等	

【参考情報】

参考になっている手引書：

担当者氏名・電話番号：

交付年月日	受領者