

証 明 願

年 月 日

(あて先)長崎市保健所長

申請者 住所

氏名

営業者住所	
営業者名	
営業所の所在地	長崎市 町 番 号 丁目 番地
営業所の名称等	
営業の種類(種別)	
<p>(証明をうける事項)</p> <p>上記のとおり</p> <p><input type="checkbox"/> 営業許可を受けていること</p> <p><input type="checkbox"/> 廃業届を受理されたこと</p> <p><input type="checkbox"/> 営業許可申請書を受理されたこと</p> <p><input type="checkbox"/> その他()</p> <p style="text-align: right;">を証明願います。</p>	

受付印	受付者	確認	点検	手数料	円	領収済印	
				領収番号			