|  |
| --- |
| 食品衛生営業関係証明書交付請求書 |
| （あて先）　□京都市保健所長 |  | 年　　　　 月 　　　　日 |
| 窓口にこられたあなた（ 請求者 ） | 住所　（法人にあっては、主たる事務所の所在地） |
| 氏名　（法人にあっては、名称及び代表者名）　　　年　　　月　　　日生　 |
| 証明する営業者との関係□　本　人　（法人にあっては代表者）　　　□　従業員□　その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 使いみち | （何にお使いになるかを具体的にお書きください。）　 |
|  |
| どこの施設の証明書がいりますか | 営業者氏名　（法人にあっては、名称及び代表者名）　（※１） |
| 営業所所在地京都市　　　 区 |
| 営業所の名称、屋号または商号 |
| 営業の種類 |
| 営業許可証明書　（許可を受けていること）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　通 |
| 営業許可証明書　（許可を受けていたこと）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　通 |
| 営業許可証　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　通 |
| 営業届出済証　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 通 |
| その他の証明書　（※２） 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　通証明の必要な内容 |

※１ ： 請求者と営業者が同じ場合は、記入する必要はありません。

※２ ： 証明内容に個人情報が含まれる場合は、本人の請求に限ります。

保健所使用欄

＜本人確認の方法＞

　□　健康保険の被保険者証　　　　　□　運転免許証

　　□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）