

食品衛生営業関係証明書交付請求書

(宛先) <input type="checkbox"/> 京都市保健所長		年 月 日
窓口にごられたあなた (請求者)	住所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地)	
	氏名 (法人にあつては、名称及び代表者名) 年 月 日生 電話番号 — —	
	証明する営業者との関係 <input type="checkbox"/> 本人 (法人にあつては代表者) <input type="checkbox"/> 従業員 <input type="checkbox"/> 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らいますか	営業者氏名 (法人にあつては、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) (証明の必要な内容)		通
手数料額 円	収受印	参考事項
手数料徴収印		

※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。