

生活衛生営業関係証明書交付請求書

(あて先) <input type="checkbox"/> 京都市長		年 月 日
<input type="checkbox"/> 京都市保健所		
窓口 に こ 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、記名押印又は署名) 年 月 日生 [Ⓜ]	
	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。) 掲示用・提出用	

ど こ の 施 設 の 証 明 書 が い り 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, 屋号又は商号	
	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
検査確認済証明書 (検査確認を受けていること)		通
検査確認済証明書 (検査確認を受けていたこと)		通
その他の証明書 (※2) 〔 証明の必要な内容 〕		通

※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。