

証明願

令和 年 月 日

豊中市長 様

住所
氏名
(代表者名)

私は、_____に必要なため、下記
(別添) 施設について、過去_____年間に食品衛生法に基づく不利益処分を受けていない
ことを証明願います。

記

- 1 許可番号 第 _____ 号
- 2 許可年月日 年 月 日
- 3 有効期間 年 月 日 から 年 月 日

豊健危第 _____ 号

上記のとおりであることを証明します。

令和 年 (_____ 年) 月 日

印
