**証　明　願**

　　年　　月　　日

八尾市保健所長　　様

住　所

氏　名　　　　　　　　　　　　　　印

（法人の場合は、法人名及び代表者名）

私は、○○に必要につき、貴保健所管内において営業許可を受けている別添の施設において、○年○月○日から証明日の前日までの間、食品衛生法に基づく不利益処分を受けたことがないことを証明願います。

なお、上記期間内に、新規に営業許可を受けた施設については、許可年月日から証明日の前日までの間を証明願います。

また、廃業した施設については、○年○月○日より廃業日までを証明願います。

八健衛第　　　　　　号

　　年　　月　　日

上記のとおりであることを証明します。

　　八尾市保健所長

別添

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 営業所名称 | 営業所所在地 | 営業の種類 | 許可番号 | 許可年月日 | 許可満了日  （廃業日） | 初回許可年月日 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

以下余白