

# 証 明 願

年 月 日

広島県 保健所長 様

住 所

氏 名

次のとおり、許可（確認）を受けていることを証明してください。

証明を必要とする事由（ ）

営 業 の 種 別	<input type="checkbox"/> 理容所 <input type="checkbox"/> 美容所 <input type="checkbox"/> クリーニング所（ <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 取次 <input type="checkbox"/> 無店舗取次店） <input type="checkbox"/> 旅館業（ <input type="checkbox"/> ホテル・旅館 <input type="checkbox"/> 簡易宿所 <input type="checkbox"/> 下宿） <input type="checkbox"/> 興行場 <input type="checkbox"/> 公衆浴場（ <input type="checkbox"/> 一般公衆浴場 <input type="checkbox"/> その他の公衆浴場）
施 設 の 名 称	
施 設 の 所 在 地	
（開設者/営業者/申請者） 氏 名	
（開設者/営業者/申請者） 住 所	
許 可 （ 確 認 ） 番 号	指 令 第 号
許 可 （ 確 認 ） 年 月 日	

希望発行枚数		枚
交 付 方 法	<input type="checkbox"/> 来課	<input type="checkbox"/> 郵送

※郵送の場合は返信用封筒（切手付）を添付すること。

備考欄

備考欄
-----