

証 明 書 交 付 願

年 月 日

新潟市保健所長 様

申請者住所（法人の場合はその所在地）

〒 —

氏 名（法人の場合はその名称及び代表者の氏名）

電話番号

次の事項について

ことを証明願います。

営 業 者	住 所（法人の場合は所在地） 〒 —
	氏 名（法人の場合は名称及び代表者の氏名）
	連絡先電話
営 業 施 設	所在地 〒 — 新潟市
	名 称
	営業の種類
	許可年月日
	許可番号