

証 明 願

年 月 日

(宛先) 下関市立下関保健所長

願出者 (開設者) 住所

氏名

電話

下記のとおり開設届を受理されたことを証明願います。

証明の提出先

記

1. 種 別
2. 施 設 名
3. 施設の所在地
4. 開設者の氏名
5. 開設年月日

以上

(代理人に依頼する場合は以下の委任欄に必要事項をご記入ください)

下記の者に、証明願の手続きに係る権限を委任します。

受任者住所 _____

受任者氏名 _____ (続柄 _____)