**証　明　願**

　　年　　月　　日

大阪府　　　　保健所長　　様

（申請者）

営業者住所

営業者氏名

（法人にあっては、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名）

　下記の対象施設に関する事項について、食品衛生法施行規則第71条の２（改正前の食品衛生法第52条に基づく許可施設にあっては、改正前の大阪府食品衛生法施行条例第６条）の規定による廃業の届出をした事項に相違ないことを証明願います。

記

１．対象施設　□ 下表の施設　　□ 裏面施設一覧（複数施設に関する一括証明の場合）

|  |  |
| --- | --- |
| 営業所の名称 |  |
| 営業所所在地 |  |
| 営業の種類 |  |
| 許可の番号 |  |
| 許可年月日 |  |
| 廃業年月日 |  |
| 廃業届出年月日 |  |

第　　　　　号

　　年　　月　　日

上記のとおりであることを証明します。

大阪府　　　　保健所長　　〇〇　〇〇　　印

対象施設一覧

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 営業所の名称 | 営業所所在地 | 営業の種類 | 許可の番号 | 許可年月日 | 廃業年月日 | 廃業届出年月日 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |