**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）

　下記の施設について、対象期間において、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、対象期間内に、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、営業許可を承継（相続、事業譲渡、合併又は分割による）した施設については、承継した年月日から証明日の前日までの間を証明願います。

また、当該期間内に、廃業した施設については、廃業日までを証明願います。

記

１．対象期間　　　　 　年　　月　　日から証明日の前日まで

２．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 | 保第　　　　号 |
| 許可年月日 | 年　　月　　日 |
| 許可満了日  （廃業年月日） | 年　　月　　日（　　　　年　　月　　日） |
| 当初許可年月日  （地位承継年月日） | 年　　月　　日（　　　　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　　　　　　　　　　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 | 許可満了日  （廃業年月日） | 当初許可年月日  （承継年月日） |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |