

## 証明願（建築物衛生法）

広島市保健所長 宛

受付印
-----

〒            —

申請者住所 \_\_\_\_\_

（電話番号）（            —            —            ）

申請者名称 \_\_\_\_\_

（法人の場合は、その名称、所在地及び代表者の氏名）

代表者住所 \_\_\_\_\_

※本人確認書類を提示してください。  
（法人の場合はその使用人であることを証明する書類も掲示してください）

次のとおり証明してください。

登録を受けた事業の区分	
登録番号	
営業所の名称	電話番号            —            —
営業所の所在地	〒

◎ここから下には記入しないでください。

	(受付)	(伺い)		
台帳処理 <input style="width: 100%; height: 100%;" type="checkbox"/>	係 <input style="width: 100%; height: 100%;" type="checkbox"/>	係 <input style="width: 100%; height: 100%;" type="checkbox"/>	係長 <input style="width: 100%; height: 100%;" type="checkbox"/>	課長 <input style="width: 100%; height: 100%;" type="checkbox"/>
照合 <input style="width: 100%; height: 100%;" type="checkbox"/>	公印 <input style="width: 100%; height: 100%;" type="checkbox"/>			