　　年　　月　　日

　　　　　保　健　所　長　　様

住　　所

氏　　名

証　　明　　願

　次の理由により下記について証明願います。

|  |  |
| --- | --- |
| 目的 | 調理師試験のため |
| 提出先 | 福井県 |

記

|  |  |
| --- | --- |
| 施設の所在地  施設の名称、屋号または商号および  営業者氏名  （法人の場合は、その名称および  　代表者職名・氏名） |  |
| 営業の種類（業種）  （給食施設の場合は種類と１日　回　　食） |  |
| 許可年月日および許可番号  （給食施設の場合は開設年月日） |  |
| 証明事項 |  |

　　上記のとおり相違ないことを証明する。

　　　　　　　年　　月　　日

保　健　所　長