**様式5（届出の受理に関する証明用）**

証　　　明　　　願

|  |  |
| --- | --- |
| 届出の名称 |  |
| 届出受理年月日 | 年　　月　　日 |
| 施設の名称 |  |
| 施設の所在地 |  |
| 証明書を必要とする理由 |  |
| 備考 |  |

上記届出について，受理されていることを証明願います。

　　年　　月　　日

住所（法人にあっては，主たる事務所の所在地）

盛岡市収入証紙

はり付け欄

（300円）

氏名（法人にあっては，名称及び代表者の氏名）

印

盛岡市保健所長　　　　　　　　様

上記のとおり，届出を受理していることを証明します。

　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　盛岡市保健所長　　　　　　　　公印