

証 明 願

届 出 の 名 称	
届 出 受 理 年 月 日	年 月 日
施 設 の 名 称 等	
施 設 の 所 在 地 等	
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

申 請 者（代理申請の場合は代理申請者について記入すること）

住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）

氏名（法人にあつては、名称及び代表者の氏名）

（署名または記名押印）

（法人として申請する場合は代表者印を押印）

盛岡市保健所長

様

届出の受理に関する証明手数料 300 円（納入通知書による納付）

注 1）代理申請の場合は委任状（様式任意）を添付すること。

注 2）申請者または代理申請者が持参すること（窓口で本人確認を行います）。

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

(裏面) ※市職員が記入するため、申請者・代理申請者等は記入しないこと。

来庁者 (いずれかにチェック)	<input type="checkbox"/> 開設者本人(個人・法人代表者) <input type="checkbox"/> 代理人(親族_____・法人役職員・その他_____)
来庁者本人確認 (いずれかにチェック)	<input type="checkbox"/> 運転免許証、パスポート、個人番号カードなど(写真付きの官公署発行のもの) 1点 <input type="checkbox"/> 健康保険の資格確認書、年金手帳など(写真無しの官公署発行のもの) 2点 <input type="checkbox"/> 健康保険の資格確認書、年金手帳など(写真無しの官公署発行のもの) 1点+学生証、預貯金通帳、キャッシュカードなど1点
代理申請の場合、委任 状記載事項 (全てにチェック)	※全て申請者本人が記載すること。 ※申請者本人が署名または記名押印すること(スタンプ印不可)。 ※法人の場合は代表者印を押印すること。 <input type="checkbox"/> 申請者の住所(法人にあつては主たる事務所の所在地) <input type="checkbox"/> 申請者の氏名(法人にあつては名称並びに代表者の代理者の職名及び氏名) <input type="checkbox"/> 申請者の生年月日(法人にあつては記載不要) <input type="checkbox"/> 代理人の住所 <input type="checkbox"/> 代理人の氏名 <input type="checkbox"/> 代理人の生年月日 <input type="checkbox"/> 代理人に委任した年月日 <input type="checkbox"/> 代理人に、届出の受理に関する証明願に関する権限を委任する旨の記載
連絡先	
手数料(300円)	<input type="checkbox"/> 確認済み(月 日)
交付時確認	<input type="checkbox"/> 申請書記載の申請者(代理申請の場合は代理申請者)と同一であることを確認(月 日交付)

(参考様式)

委任状

年 月 日

盛岡市保健所長 様

委任者（申請者本人）

住所

〔 法人であるときは、
主たる事務所の所在地 〕

氏名

〔 法人であるときは、名称
並びに代表者の職名及び氏名 〕

生年月日 年 月 日

(法人の場合は記載不要)

私は、次の者を代理人として定め、届出の受理に関する証明願に関する一切の権限を委任します。

受任者（代理人）

住所

氏名

生年月日 年 月 日

注1) 全て申請者本人が記載すること。

注2) 申請者本人が署名または記名押印すること（スタンプ印不可）。

注3) 法人の場合は代表者印を押印すること。