証　明　申　請　書

　　　年　　　月　　　日

　福岡県　　　　　　保健福祉（環境）事務所長　殿

申請者（住所）

　　　（氏名）

　下記のとおり相違ないことを証明してください。

|  |
| --- |
| １　業務の種別　　　　　　　　２　住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地） ３　氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名） ４　営業所の所在地 ５　営業所の名称 ６　届出年月日 □　手数料の減免を希望する |

１　住所、氏名をご記入の上、太枠内に証明する内容を記入してください。

２　手数料の減免を希望する場合は、□にレを記入してください。

第　　　　　　　号

　上記のとおり相違ないことを証明します。

　　　　　　年　　　月　　　日

福岡県　　　　　　保健福祉（環境）事務所長

備考　１　印鑑を持参していない場合は、氏名を必ず自署させること。

２　使途目的により減免したものまたは県自身の必要のために交付するものについては、その提出先名を上部余白に表示すること。