**証明願**

令和　　年　　月　　日

寝屋川市保健所長　様

住所　〇〇県〇〇市○○町〇丁目〇番〇号

氏名

　　　　　　※法人の場合は法人名および代表者名を記入

私は、　　　　（証明願が必要な理由を記入）　　　　　　を行うにあたり、寝屋川市保健所管轄内において、食品営業許可を受けている全ての施設において、

令和○○年〇月〇日から令和○○年〇月〇日までに、食品衛生法に基づく不利益処分を受けたことがないことを証明願います。

なお廃業済みの施設においても、期間中に不利益処分を受けたことがないことを証明願います。

健衛食第　　　　　号

上記のとおりであることを証明します。

令和　　年　　月　　日

寝屋川市保健所長　　　　　　　　　　印