

様式第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	平 成 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。

平成 年 月 日

岩手県収入証紙  
はり付け欄  
( 3 0 0 円 )

住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

印

岩手県 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。

平成 年 月 日

岩手県 保健所長 公印