様式第３号（１４の(2)）

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。

|  |  |
| --- | --- |
| 減  免 | （受付所属確認欄）  規則第６条第１項第　　　　号  に該当  要綱別表２第　　　　　　　　号  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　により確認 |
| 非該当 |
| 手数料 | 証明書の内容　　　　　　　　　件（枚）  単　価　　　　　　円・計　　　　　　円 |

備考　印鑑を持参してない場合は、氏名を必ず自署させること。