証明願

　　年　　 月　　 日

大分市保健所長　　殿

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 |  | |

下記のとおり、毒物劇物業務上取扱者の届出をしていることを証明願います。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 業種 | 毒物劇物業務上取扱者（令第41条第　　号に規定する事業） |
| 事業所の名称 |  |
| 事業所の所在地 |  |
| 届出年月日 |  |

上記のとおり相違ないことを証明します。

　年　月　日

大分市保健所長　　坂本　博介