

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	
備 考	

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