**食品衛生法違反に係る行政処分関係証明願**

令和　　年　　月　　日

保健所長　　様

所在地

会社名

代表者名　　　　　　　　　　　　　　　印

　私は、社会福祉法人長岡福祉協会の給食業務委託事業者の選定にかかる見積書及び企画提案書等の提出のため、貴所管内において、証明日より過去3年間に食品衛生法違反による行政処分がないことを証明願います。

記

　1　許可番号　　　　　　第　　　　　　　号

　　2　許可年月日　　　　　平成・令和　　年　　月　　日

　　3　満了年月日　　　　　令和　　　　　年　　月　　日

　　4　名称（屋号）

　　5　営業所

　　上記のとおりであることを証明します。

　　　令和　　年　　月　　日

保 健 所 長