許可状況証明願

　　年　　月　　日

神奈川県鎌倉保健福祉事務所長殿

届出者住所氏名　住　 所

氏　 名

電話番号

法人にあつては、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名

　旅館業の許可を受けている次の事項について証明願います。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １ | 許可番号 | 第　　　　　　号 |
| ２ | 許可年月日 | 年　　月　　日 |
| ３ | 営業の種別 |  |
| ４ | 旅館業の施設の所在地 |  |
| ５ | 旅館業の施設の名称 |  |

　　年　　月　　日

上記のとおり相違ないことを証明します。

神奈川県鎌倉保健福祉事務所長