許可状況証明願

　　年　　月　　日

神奈川県平塚保健福祉事務所長　殿

届出者住所氏名　住　 所

氏　 名

電話番号

　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 |  |
| ６ | 延べ面積 |  |
| ７ | 客室と定員 | 　室　　　　　　　人 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ㎡ | 室 | 人 | ㎡ | 室 | 人 |
| ㎡ | 室 | 人 | ㎡ | 室 | 人 |
| ㎡ | 室 | 人 | ㎡ | 室 | 人 |
| ㎡ | 室 | 人 | ㎡ | 室 | 人 |
| ㎡ | 室 | 人 | ㎡ | 室 | 人 |
| ㎡ | 室 | 人 | ㎡ | 室 | 人 |
| ㎡ | 室 | 人 | ㎡ | 室 | 人 |

　　年　　 月 　　日

上記のとおり相違ないことを証明します。

神奈川県平塚保健福祉事務所長