**証　明　願**

令和　年　月　日

　　　北部保健所長　殿

住　　　所

氏　　　名

法人にあっては、

法人の名称及び代表者名

電話番号

　下記のとおり旅館業法に基づく許可を得ていることの証明を願います。

記

１　施設の所在地：

２　施設の名称　：

３　営業の種別　：

４　客室数／定員：　　　　室　　　　名

５　許可日／番号：　　　　年　　月　　日（北保第　　　　号）

６　変更履歴事項等

沖縄県収入証紙400円