

年 月 日

置賜保健所長 殿

住 所（法人の場合は所在地）

電 話 番 号

氏 名（名称及び代表者氏名）

年 月 日生

食品衛生監視票交付申請について

今般 _____ の為、食品監視票が _____ 部必要なので、
下記施設について交付くださるようお願いいたします。

記

- 1 営業所所在地 _____
- 2 営業所の名称・屋号又は商号 _____
- 3 営業の種類 _____
- 4 営業許可の年月日及び番号
平成 年 月 日 指令 保第 号