

# 食品衛生監視票交付願

年 月 日

君津保健所長 様

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

下記施設の食品衛生監視票を \_\_\_\_\_ のため、 \_\_\_\_\_ 枚  
交付願います。

記

1 許可番号	第 一 号
2 許可年月日	年 月 日
3 営業の所在地	
4 営業の種類	
5 営業所の名称 屋号又は商号	