

(様式3)

腸内細菌検査手数料減免申請書

令和 年 月 日

千葉県知事 様

申請者 住 所
(施設名:)
氏 名 印

使用料及び手数料条例第5条第3項の規定により、次のとおり腸内細菌検査手数料を免除されますよう申請いたします。

1 使用料(手数料)の額

_____円 (1,600円×_____名)

2 免除申請額(2分の1)

_____円 (800円×_____名)

3 理 由 ※当該番号に○をし、必要事項を記入ください

1) 特定給食施設及び給食施設従事者に対する勸奨のため
(名称:)

2) 特定給食施設及び給食施設に係る食品取扱者等
(食品営業許可を得ている施設)

営業許可証

許 可 番 号 : 第 _____ 号

営 業 の 種 類 : _____

検 査 申 込 者 : _____