**食品衛生監視票交付願い**

　　　年　　　月　　　日

千 葉 県 印 旛 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　営業の種類 |  |
| ２　営業所の名称  屋号または称号 |  |
| ３　営業所所在地 |  |
| ４　現に交付を受けている営業許可の番号及びその年月日 | 第　　　　　－　　　　　　号  　　　年　　　月　　　日 |