食品衛生監視票交付願

年　　月　　日

千葉県海匝保健所長　　様

住所

氏名

（法人にあっては、所在地、

名称及び代表者の氏名）

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　許可番号及び許可年月日 | 第　　　　─　　　　　号年　　　月　　　日 |
| ２　営業の所在地 |  |
| ３　営業の種類 |  |
| ４　営業所の名称屋号又は商号 |  |