

食品衛生監視票交付申請書

長崎市保健所長

様

法人の場合、住所欄は登記された本社の所在地を記載してください。

申請者住所 長崎市桜町〇番〇号
 (営業者) 株式会社 桜町フード
 申請者氏名 代表取締役 長崎 一
 (営業者)

次の営業施設について、食品衛生監視票が必要なので、交付をお願いします。

営業所所在地	長崎市 桜 町 〇	丁目	番地	さくらビル2F 番 〇 号
屋号又は商号	ランチハウス さくら			
営業の種類	飲食店営業 (レストラン)			
監視票提出先	〇〇旅行株式会社		提出先の名称等	
必要部数	1 部	連絡先	Tel 095 (899) 9999 長崎	

必要な枚数
(手数料は1部あたり300円)

連絡先電話番号、
担当者名