

食品衛生監視票交付申請書

(あて先) 長崎市保健所長 様

申請者住所
(営業者)
申請者氏名
(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	丁目	番地
	町	番	号
屋号又は商号			
営業の種類	()		
監視票提出先			
必要部数	部	連絡先	TEL ()

受付印	受付者	確認	点検	手数料	円	領収済印	
				領収番号			