

令和 年 月 日

最上保健所長 殿

住所又は所在地

氏名又は名称及び代表者氏名

印

年 月 日生

電話番号

食品衛生監視票交付申請書

今般、_____のため、食品衛生監視票の写しが必要なので、下記の施設について交付くださるようお願いいたします。

記

1 所在地

2 名称、屋号又は商号

3 業種

4 営業許可の年月日及び番号

許可年月日 平成 年 月 日

許可番号 指令 保第 号

備考

同業組合等においてまとめて申請する場合は、上記項目について別紙一覧表として添付すること。