

# 食品衛生監視票交付願

年 月 日

北海道北見保健所長 様

申請者住所

氏名

(法人にあつては、主たる事務所の所在地、その名称及び代表者の氏名)

下記施設について、食品衛生監視票を交付願います。

## 記

1 営業者氏名

---

営業所所在地

---

屋 号

---

業種番号

食衛 ( ) 第 ー 号

---

2 食品衛生監視票の使用目的

---

3 交付枚数

---