

食品衛生監視票交付願

年 月 日

(宛先) 長野市保健所長

住 所

氏 名

(法人にあつては、主たる事務所の
所在地、名称及び代表者の氏名)

このたび、
との契約更新のため、下記の営業施設に
ついて食品衛生監視票が必要になりましたので
通交付してください。

記

- 1 営業所所在地
- 2 屋号又は名称
- 3 許可業種