食品衛生監視票交付願

奈良県中和保健所長　殿　　　　　　　　　　　　　　 　　　令和　 　年 　　月 　　日

　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（電話　　　　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　氏　名

(法人の場合にあっては、その名称、所在地及び代表者の氏名）

|  |  |
| --- | --- |
| 営　業　者　氏　名 |  |
| 営 業 所 所 在 地 |  |
| 営 業 所 の 名 称、屋 号 又 は 商 号 |  |
| 営 業 の 種 類及 び許 可 番 号 | その他（　　　　　　　　　　　　　　）食肉販売業（第　　　　　号）営業届菓子製造業（第　　　　　号）魚介類販売業（第　　　　　号）飲食店営業（第　　　　　号） |
| 交付願提出の理由 |  |
|  |
| 必　要　枚　数 | 各　　　 　　枚　　　　　　　　　計　　　　　　　　枚 |
| 備　　考 | （検査　　　　日　　　時　　　）（交付予定日　　　日　　　　時～ ） |

|  |  |
| --- | --- |
| 収入証紙確認済 | 証紙貼付額 |
| 収入証紙収納簿記録年月日令和　　年　　月　　　日 | 認印 |  |

下記の施設について、食品衛生監視票の交付を申請します。

証紙貼付欄