

# 食品衛生監視票交付願

年 月 日

(宛先) 新潟市保健所長

申請者

住所 (法人にあ  
っては所在地)

氏名 (法人にあ  
っては名称及び  
代表者の氏名)

電話番号 - -

次の営業施設について、食品衛生監視票の交付をお願いします。

営 業 所	所 在 地	新潟市
	名 称	
営 業 の 種 類		
目的または提出先		
交 付 部 数		

(案) のとおり交付してよろしい か。  氏名 印			起案 年 月 日	交付 年 月 日
			決裁 年 月 日	新保食第 号の2
課長	補佐	係長	係	