

所長	次長	課長	補佐	係長	係員	担当	起案:平成 年 月 日
環境 衛生課長専決							決裁:平成 年 月 日
							施行:平成 年 月 日

伺い) 下記の営業者から下表の営業施設についての食品衛生監視票の交付についての願いがありましたので、別紙のとおり交付してよいでしょうか。

現地確認 平成 年 月 日  
指示票確認 平成 年 月 日付 担当食品衛生監視員氏名\_\_\_\_\_

### 食品衛生監視票交付願

平成 年 月 日

大町保健所長殿

〒□□□-□□□□

申請者住所

(法人の所在地)

電話番号 ( ) —

申請者氏名

印

(法人の名称、代表者)

このたび、下記の営業施設について \_\_\_\_\_ に必要なため、食品衛生法に基づく食品衛生監視票を交付してください。

#### 記

営業許可番号	長野県 大町保健所指令	第 1 号の 11
営業の種類		
営業所所在地		
営業所の名称		
有効年月日	平成 年 月 日 から	平成 年 月 日 まで

#### 注意事項

1. 営業許可指令書（営業許可書）に記載された内容を正確に記入してください。
2. 6 ヶ月以内に食品衛生監視員（保健所の担当者）が監視している場合、その際の食品衛生監視指示票または押印された自主管理手帳を持参してください。  
6 ヶ月以内に監視を受けていない場合、現地調査に伺いますのでこの用紙の裏面に営業施設までの略地図を書いてください。