令和　　年　　月　　日

北海道留萌保健所長　様

住所

氏名

　　　食品衛生監視票の交付について（依頼）

　「　　　　　　　　　　　　　　　　　　　」のため必要なので、次の施設の監視票（写）を交付してください。

記

１　営業所所在地

２　営業所の名称等

３　業種

４　部　　　　 数　　　　　　　　　部

５　担当者名・連絡先