

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