

# 証 明 願

年 月 日

長崎県県央保健所長 様

営 業 所 所 在 地

\_\_\_\_\_

営業所の名称、屋号又は商号

\_\_\_\_\_

営 業 者 氏 名

(法人にあつては名称、代表者名)

\_\_\_\_\_

電 話 番 号

\_\_\_\_\_

営 業 の 種 類 ( 種 別 )

\_\_\_\_\_

許 可 番 号

\_\_\_\_\_

取 扱 食 品

\_\_\_\_\_

この度、 \_\_\_\_\_ のため 必要ですので、食品衛生監視票を

\_\_\_\_\_ 通 証明くださいますようお願いいたします。

県収入証紙貼付欄