

伺	所 長	次長兼 企画調整課長	衛生環境課長	食品業務班長	班 員	取扱者

証 明 書 交 付 願

年 月 日

長崎県北保健所長 様

氏 名

〔法人にあつては、
名称及び代表者氏名〕

下記営業所の食品衛生監視票が必要ですので証明のうえ交付願います。

記

営 業 者 氏 名 : _____

営 業 者 住 所 : _____

営 業 所 の 名 称 : _____

営 業 所 所 在 地 : _____

営 業 の 種 類 (業 種) : _____

許 可 番 号 : _____

目 的 : _____

証 明 書 提 出 先 : _____

必 要 部 数 : _____

取 扱 食 品 : _____

取 得 済 み 第 三 者 認 証 : _____

備 考 : _____