

長 崎 県 収 入 証 紙 貼 付 欄
手数料 4 0 0 円

証 明 願

令和 年 月 日

長崎県西彼保健所長様

住所

氏名

〔 法人にあっては、その名称、主たる
事務所の所在地及び代表者の氏名 〕

下記施設について（ ）のため
食品衛生監視票が必要ですので、交付願います。

営 業 所 在 地	TEL — —
営 業 所 名 称 又 は 屋 号	
業 種	
許 可 年 月 日	年 月 日
（ 有 効 期 限 ）	年 月 末 日 まで

所 長	企画調整課長	衛生課長	班 長	課 員	取扱者