|  |
| --- |
| 令和　　年　　月　　日水戸市保健所保健衛生課食品衛生係　様住所又は所在地　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　 営業者　 氏名又は名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（代表者の氏名）　　食品衛生監視票の交付について（依頼）下記の施設について，食品衛生監視票の交付をお願いします。 |
| 施設 | 業種 | 飲食店営業・菓子製造業・食肉販売業・魚介類販売業そうざい製造業・納豆製造業・その他（　　　　　　　） |
| 屋号 |  |
| 所在地 | 水戸市 |
| 担当者 |  | 電話番号 |
| 調査希望日等 | 第１希望 | 令和　　年　　月　　日（　　）午前・午後　　時　　分頃 |
| 第２希望 | 令和　　年　　月　　日（　　）午前・午後　　時　　分頃 |
| 第３希望 | 令和　　年　　月　　日（　　）午前・午後　　時　　分頃 |
| ※以下保健所記入欄※ |
| このことについて，令和　　年　　月　　日に当該施設を調査した結果，別添のとおり　　食品衛生監視票を交付しました。水戸市保健所保健衛生課　　食品衛生監視員：　　　　　　　　　　　　　　　　印 |
| 供覧 | 技監 | 技正 | 補佐 | 係長 | 係員 |
|  |  |  |  |  |

住所：

(法人にあっては主た

る事務所の所在地)

氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

(法人にあってはその名称及び代表者