

# 食品衛生監視票交付願

令和 年 月 日

宮崎市保健所長 殿

申請者住所	
氏名(法人にあつては 名称及び代表者名)	
電 話	

このことについて、食品衛生監視票を交付してください。

## 記

1 営業の種類	
2 営業所の所在地	
3 名称、屋号又は商号	
4 理 由	
5 交付願取扱責任者 (申請者と異なる場合 記入してください。)	所属 氏名 電話

- \* 太線内のみをご記入ください。
- \* 祝祭日を除く、月・水・金が検査日になっています。午前(9時半から11時半まで)又は、午後(2時から4時まで)の2時間を申請施設でお待ちいただける日時を監視票交付日とさせていただきます。監視票交付対象施設は、宮崎市内一円であるため、皆様のご理解とご協力をお願いします。  
なお、特殊事情により監視票交付にお伺いする時間が遅れる場合がありますので、あらかじめご了承くださいませよう併せてお願いします。
- \* FAXでの受付ができます。監視票交付予定日時を設定する必要がありますので、保健衛生課食品衛生係(FAX61-1210)までFAXにて送付後、日時設定のご連絡(電話29-5283)をいただきますようお願いいたします。

次の欄には記入しないでください。(監視票交付予定日時を確認後に記入してください。)

施設検査予定日時	月 日 ( ) AM・PM : ~ :
----------	---------------------

宮崎市保健所 保健衛生課 食品衛生係 電話(0985)29-5283 FAX(0985)61-1210  
保健所記入欄

監視入力	
------	--