

食品衛生申請等システム施設登録願

(宛先) 名古屋市保健所長 年 月 日

申請者 住所
(フリガナ).....

氏名
年 月 日生 電話
(法人の場合は、その名称、主な事務所の所在地及び代表者の氏名)

次の施設について、食品衛生申請等システムへの登録をお願いします。

食品衛生申請等システムで取得した食品等事業者アカウント		ID :	
		担当者氏名 :	電話 ()
営業所の所在地 (ビルの場合はビル名及び階)		区 電話 ()	
営業所の名称、 屋号又は商号			
食品衛生責任者氏名 (食品衛生管理者・ふぐ処理者)			
営業許可の番号及び許可年月日 営業の届出年月日		営業の種類	備考
1	指令 第 号 年 月 日		
2	指令 第 号 年 月 日		
3	指令 第 号 年 月 日		
4	指令 第 号 年 月 日		
5	指令 第 号 年 月 日		
※保健センター使用欄			
保健センター収受欄		システム登録日	

※食品衛生申請等システムで使用できる文字は、JIS 第 1 水準及び第 2 水準のみとなります。