

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願います。			
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	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	⑤施設登録の依頼	⑥施設の登録	⑧営業者への連絡
		⑦登録完了の連絡	