様式第１号

|  |
| --- |
| **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 | 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。