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。