

## 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 <small>(ビルの場合はビル名及び階)</small>	区 _____ 電話 ( _____ )	
営業所の名称、 屋号又は商号		
食品衛生責任者氏名 <small>(食品衛生管理者・ふぐ処理者)</small>		
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	