

課長	文取主任	係長	担当者

見本

生活衛生係

〇年 〇〇月 〇〇日

(提出先)

足立保健所生活衛生課長

申請者 住所 _____
氏名 _____
(法人の場合は、本社所在地、法人名及び代表者氏名)
担当者 氏名 _____
連絡先 _____

情報の提供について (依頼)

下記の件について、情報の提供をお願いします。

記

1 照会内容

以下の一覧 (令和〇年 〇〇月開設分)

※該当する内容を○で囲む

対象	理容所・美容所・クリーニング所・その他 ()
対象項目	営業所名称・所在地・電話番号・その他 ()
対象区域	足立区全域・その他 ()

該当箇所を○で
囲んでください

2 目的・理由

< 記入してください >

3 備考

保健所処理欄

- 用意でき次第連絡する
- 月 日以降に受け取り

庶務	枚
生活衛生	枚
食品衛生	枚
医薬衛生	枚
衛生試験所	枚
合計	枚

保健所收受印	料金収納済印
	円