

年 月 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 (年 月 日 ~ 年 月 日 新規施設一覧)

※該当する内容を○で囲む

対 象	飲食店
	その他 ()
対象項目	営業所名称・営業所所在地・営業所電話番号 その他 ()
対象区域	足立区全域・その他 ()

2 目的・理由

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

見本

令和〇〇年△△月××日

(提出先)

足立保健所生活衛生課長

申請者 住 所 東京都足立区中央本町〇—〇—〇

氏 名 株式会社△△△△

代表取締役 足立 太郎

(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 足立 花子

連絡先 03-xxxxxx-xxxxxx

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（令和〇年〇〇月〇〇日 ～令和△年△△月△△日 新規施設一覧）

※該当する内容を○で囲む

対 象	飲食店 その他（ ）
対象項目	営業所名称・営業所所在地・営業所電話番号 その他（ ）
対象区域	足立区全域・その他（ ）

2 目的・理由

営業のため

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