

堺市食品衛生優秀施設標識交付申請書

令和 年 月 日

堺市保健所長 様

申請者（業者） 住所
(法人にあっては所在地)

氏名
(法人にあっては名称及び代表者名)

下記の施設について、関係法令を遵守しており、日頃より衛生管理に努めておりますので、優秀施設標識の交付を申請します。

営業所名称 (屋号又は商号)	<input type="text"/>	
営業所所在地	<input type="text"/>	
連絡先 <small>※今後、優秀施設標識交付申請のお知らせについて、電子メールでの発信を予定しております。連絡可能なメールアドレスがある場合はご記入ください。</small>	(担当者)	<input type="text"/>
	(電話番号)	<input type="text"/>
	※ (E-mail)	<input type="text"/>
営業の種類	<input type="text"/>	
許可番号 (許可施設のみ)	<input type="text"/>	

***保健所記入欄のため記入しないで下さい。**

整理番号	<input type="text"/>	受付
書類審査	可 ・ 不可	
	(理由： <input type="text"/>)	
推薦	適合 ・ 不適合	