

食品営業許可に係る情報提供申出書

申出日： 年 月 日

寝屋川市長 様

氏名 (法人その他の団体にあつては、その名称及び代表者氏名)	
住所 (法人その他の団体にあつては、主たる事務所の所在地)	〒 -
連絡先 (法人その他の団体にあつては、担当者名とその連絡先)	TEL：

寝屋川市情報公開条例第 19 条の規定に基づき、情報の提供を受けたいので、次のとおり申し出ます。

利用目的	<input type="checkbox"/> 調査・研究 <input type="checkbox"/> 営業 <input type="checkbox"/> その他 ()	
内容	業種	<input type="checkbox"/> 飲食店営業 <input type="checkbox"/> 全ての許可業種 <input type="checkbox"/> その他特定業種 () (除外する業態) <input type="checkbox"/> 自動販売機 <input type="checkbox"/> 露店 <input type="checkbox"/> 自動車
	項目	<input type="checkbox"/> 許可番号 <input type="checkbox"/> 営業者氏名 (法人の場合は法人名) <input type="checkbox"/> 営業所所在地 <input type="checkbox"/> 屋号 <input type="checkbox"/> 営業所電話番号 <input type="checkbox"/> 業種 <input type="checkbox"/> 許可年月日 <input type="checkbox"/> 許可満了日 <input type="checkbox"/> その他 () (法人の場合に限る) <input type="checkbox"/> 代表者氏名 <input type="checkbox"/> 営業者住所 <input type="checkbox"/> 営業者電話番号
	期間	年 月 日 ~ 年 月 日
提供媒体	<input type="checkbox"/> 電子メール <input type="checkbox"/> 紙 <input type="checkbox"/> その他 ()	
提供方法	<input type="checkbox"/> データ送信 <input type="checkbox"/> 写しの交付 (<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送) <input type="checkbox"/> その他 () (データ送信先アドレス：)	

注意：提供媒体や方法により、費用負担が発生することがあります。

詳細は保健衛生課へご確認ください。