

宛先 東大阪市保健所長

ただし、届出者氏名、施設の所在地、施設の名称、営業の形態については、チェックの有無にかかわらず公開される場合があります。

申請者情報	電子メールアドレス：		法人番号：	
	郵便番号：		電話番号：	
	FAX番号：			
	届出者住所 ※法人にあっては、法人所在地			
営業施設情報	(ふりがな)		(生年月日：個人のみ必須)	
	届出者氏名 ※法人にあっては、その名称並びに代表者の肩書及び氏名			
			年 月 日生	
	施設の所在地			
営業届出	(ふりがな)			
	施設の名称、屋号又は商号			
	営業の形態		備考	
	1			
備考	2			
	3			
	廃業年月日		年 月 日	
	担当者氏名		電話番号	

	受 付()	
--	--------	--