営業施設一覧の交付願

　　年　　月　　日

豊中市　健康医療部　保健安全課長　宛

（依頼者）

住所（所在地）

氏名（名称）

担当者

連絡先

下記内容につき情報提供いただきますようお願いします。

1. 情報提供依頼内容

　【件名】

【項目】

営業者氏名、法人代表者氏名、法人所在地、営業所名称、営業所所在地、

営業所電話番号、営業の種類、許可（確認）年月日、許可満了日、許可（確認）番号

（備考 ）

　　【期間】　　　　　年　　　月　　　日～　　　年　　　月　　　日

２．理由

３．回答方法

受　　付　　印

[　 ] 紙媒体

[　 ] 電子媒体（ＣＤ－Ｒ）

　　　　[　 ] 電子メールによる送付

　　　　　ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ：