

# 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いたします。

## 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

- [ ] 紙媒体  
[ ] 電子媒体(CD-R)  
[ ] 電子メールによる送付

メールアドレス: \_\_\_\_\_

受 付 印

受 付 印