様式第４号

登録申請書

年　　月　　日

（あて先）千葉市保健所長

住　　所

（連絡先電話番号）

（連絡先ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ）　　　　　　＠

氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　（※）

法人にあっては、その名称、主たる事務所の所在地及び代表者氏名

（※）記名押印又は本人（代表者）が署名してください。

ただし、押印又は署名以外の方法により本人（代表者）からの申請であることを確認できる場合は記名のみで可。

建築物における衛生的環境の確保に関する法律第１２条の２第１項の登録を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

１　登録区分

２　営業所の所在地

営業所の名称

３　営業所の責任者の氏名

４　営業所の電話番号　　　　　（ ）