

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)

(連絡先メールアドレス) @

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

(※) 法人の場合は、記名押印してください。

法人以外でも本人(代表者)が手書きしない場合は、
記名押印してください。

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 ()